



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PISA
Facoltà di Scienze Politiche
Corso di laurea magistrale in Sociologia e Politiche Sociali

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

**METODOLOGIE DI LAVORO SOCIALE NEGLI
INTERVENTI DI RECUPERABILITÀ GENITORIALE**

RELATORE

Roberto Mazza

CANDIDATO

Alessio Ricciotti

ANNO ACCADEMICO 2015/2016

Indice

1. Il fenomeno del maltrattamento e la sfida della recuperabilità	
1.1 Il maltrattamento e l'abuso.....	1
1.2 Le criticità dell'integrazione nella presa in carico	6
1.3 La “proposta” della specializzazione	12
1.4 Una “rete che cura”: il rapporto tra competenza e recuperabilità	18
2. La costruzione di un contesto positivo di intervento	
2.1 La relazione con l'utenza nella rilevazione.....	26
2.2 Le misure di protezione: resistenze e opportunità.....	37
2.3 Il contesto di valutazione della recuperabilità.....	45
2.4 La prognosi e il trattamento	54
3. L'organizzazione “specialistica” tra complessità ed efficacia	
3.1 L'ascolto multidisciplinare di un disagio complesso	61
3.2 Un lavoro d'équipe.....	67
3.3 La supervisione e i suoi livelli	73
Conclusioni	78
Bibliografia	80
Appendice 1: intervista a Daniela Cremasco	83
Appendice 2: frammento di una supervisione di Luigi Cancrini.....	88
Appendice 3: intervista a Lisa Petruzzi	91

Introduzione

Nelle nostre “infanziae infelici”, (...) il bambino è sempre, in modo più o meno vistoso, oggetto di possesso o, in chiave più psicologica, un prolungamento naturale del Sé dei suoi genitori. La difficoltà più importante di questi genitori, infatti, è sempre la stessa: è la difficoltà di vedere il figlio come una persona distinta da sé, una persona di cui vanno rispettati insieme i tempi e l'originalità, e di cui le loro personalità più o meno apertamente sconvolte ostacolano o impediscono soprattutto la differenziazione.

(Luigi Cancrini)

Il presente elaborato raccoglie il proprio spirito pionieristico dall'esperienza di tirocinio condotta presso il Centro Crisalide di Pistoia, un nascente servizio specialistico per la valutazione e il trattamento di minori maltrattati e abusati. La partecipazione attiva e osservativa permessami a partire dal processo di attivazione di questo servizio e, con essa, la possibilità di assistere alla supervisione del prof. Luigi Cancrini e della dott.ssa Cremasco sulle prassi di lavoro emergenti, hanno ispirato e orientato questo percorso di ricerca.

Il tema che ha funzionato da premessa alla nostra argomentazione è stato quello della recuperabilità genitoriale nei casi di maltrattamento e abuso intrafamiliare (abbiamo usato più spesso solo il termine “maltrattamento”, ma, a meno di opportune specificazioni, abbiamo voluto includere in esso l'abuso, la trascuratezza, l'incuria e il maltrattamento fisico e psicologico).

In particolare, l'oggetto d'indagine è stata la costruzione degli interventi di recuperabilità, tenendo conto delle difficoltà che in questo ambito riscontrano i servizi pubblici, rispetto, da una parte, all'ambivalente capacità di proteggere il minore dal danno subito e, dall'altra, di offrire un contesto favorevole al genitore per il proprio abbattimento delle negazioni e per la successiva presa in carico terapeutica. Troppo spesso, i servizi pubblici, per mancanza di modelli organizzativi adeguati che permettano una cooperazione forte tra professionisti diversi, o per la presenza di resistenze a considerare l'irrecuperabilità di alcuni

casi, non riescono ad offrire il sostegno adeguato alla famiglia nella fase successiva alla messa in protezione del minore. Ogni dettaglio viene preparato affinché i genitori possano cambiare, ma lo si fa aspettandosi un cambiamento autonomo, che, tuttavia, solitamente (ma prevedibilmente) non avviene.

Il tentativo di rispondere a queste difficoltà generali è stato condotto attraverso uno studio preliminare al funzionamento e alla collocazione organizzativa dei Servizi Specialistici per il Trattamento dei Minorenni Vittime di Maltrattamento e Abuso, da cui abbiamo isolato gli elementi cardine, teorici ed empirici, in modo che potessero funzionare da principi generali utili ad ogni intervento di tutela del minore. Nel raggiungimento di tale scopo, ci siamo serviti della letteratura elaborata dal Centro per il bambino maltrattato di Milano e da quella del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia di Roma; di due interviste condotte ad altrettante operatrici (un'assistente sociale e una psicologa); di una supervisione del prof. Luigi Cancrini per un Centro Socio Educativo che si occupa di minori a rischio; della ricerca del prof. Roberto Mazza sui fondamenti teorici e gli strumenti pratici di un buon intervento psicosociale.

Ne è conseguito un lavoro di ricerca nell'ambito della costruzione di contesti che siano sia protettivi e curativi per il minore traumatizzato, sia non ostacolanti e favorevoli per la recuperabilità del genitore maltrattante. In altre parole, si è data voce agli aspetti tecnico-professionali dell'assistente sociale implicati nel lavoro di accompagnamento della famiglia in tutte le fasi della tutela (comprese la rilevazione e la protezione), e si sono evidenziati gli elementi epistemologici e organizzativi fondamentali per un'efficace presa in carico integrata tra tutte le professioni coinvolte.

Nel primo capitolo, a partire da un quadro generale delle difficoltà italiane, evidenziate dal Garante per l'infanzia e per l'adolescenza nel Maggio del 2015¹, si è cercato di delineare alcuni elementi fondamentali per rispondere a queste stesse criticità. Nello specifico, abbiamo analizzato la struttura teorica

¹ Cfr. Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, Documento di proposta della Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni, Roma 2015.

dei Centri Specialistici, non solo per un mero piacere euristico, ma, come detto, per trasporne i paradigmi concettuali nei processi di intervento che riguardano tutte le fasi. Infatti, nonostante questi servizi non si occupino strettamente della rilevazione e della protezione, che sono lasciate in carico ai servizi di base, si è creduto fortemente di non poter separare queste due parti dell'intervento, poiché una buona presa in carico non può prescindere da nessuna delle fasi implicate.

Sempre nel primo capitolo, abbiamo portato alla luce alcune difficoltà, rese note dal Garante per l'infanzia e per l'adolescenza nel documento succitato, del territorio nazionale. La scelta di non approfondirne le cause e le possibili soluzioni è stata dettata dalla consapevolezza della loro importanza rispetto alla costituzione di un quadro d'insieme sul fenomeno del maltrattamento minorile in Italia, benché non fossero precipuo oggetto di questo lavoro di ricerca.

Il secondo capitolo attraversa le quattro fasi del processo di tutela del minore maltrattato, ponendo l'attenzione sugli aspetti che facilitano la relazione con l'utenza all'interno di un contesto coatto: la rilevazione, legata alla prevenzione primaria e agli strumenti di vigilanza dei servizi e della cittadinanza; la messa in protezione, che abbiano delineato attraverso gli elementi utili a descrivere un contesto protettivo utile per il bambino e non ostacolante per il genitore; la valutazione, che prevede la sinergia tra varie competenze e professionalità nello svolgimento di un ruolo di controllo e di aiuto sul percorso intrapreso; e, infine, il trattamento, anticipato e reso possibile da un processo prognostico, proposto dal terapeuta ma vagliato dall'équipe, che ricostruisca la storia personale del genitore e del suo rapporto con il servizio.

Il terzo capitolo si apre a partire da alcuni fondamenti teorici di riferimento da applicare all'osservazione dei fenomeni di maltrattamento intrafamiliare. In particolare, si è voluto dar voce alla complessità conoscitiva insita in ogni sistema vivente, come quello familiare, e alla conseguente necessità di adottare, per tutti quei servizi che se ne occupano, uno sguardo non riduttivo,

non settoriale, bensì multifocale e multidisciplinare. Alla luce di ciò, si è evidenziato come l'acquisizione di uno sguardo rispettoso della complessità da parte degli operatori sia fondamentale, ma solo se inserito in un lavoro di équipe, che riesca a ridurre i margini di un intervento non efficace, e se implementato dall'uso della supervisione, nelle sue diverse modalità: quella diretta tra terapeuti, quella tra membri dell'équipe, e infine una indiretta. In questo modo, oltretutto, il ruolo dell'emotività nell'agire delle figure professionali, fortemente presente vista l'intensità della sofferenza dell'utenza in carico, viene limitato e gestito.

In conclusione, grazie all'intero lavoro svolto, è stato possibile affermare alcuni concetti decisivi, sia da un punto di vista epistemologico, sia da uno pratico.

La relazione con i genitori maltrattanti, spesso considerata secondaria, si è dimostrata fondamentale: è emerso come già a partire dalla rilevazione e dalla protezione, sia importante avere cura di non ostacolare la recuperabilità del genitore. In assenza di questo importante passaggio, si rischia uno scollamento tra le fasi e una minore efficacia dell'azione valutativa e terapeutica.

È risultato inoltre che la valutazione delle competenze genitoriali rappresenta soltanto una parte dell'intero processo, che consta anche e soprattutto di una valutazione sulla recuperabilità stessa del genitore e, come tale, richiede metodologie specialistiche e tempi di lavoro più lunghi.

Si è acquisito dunque che il trattamento, che consiste in una terapia del genitore, deve realizzarsi in stretta continuità con la valutazione (che è altresì terapeutica) ed essere costruito a partire da un processo prognostico che contempli anche la possibile irrecuperabilità del genitore.

Si è dimostrato che il lavoro d'équipe e lo strumento della supervisione risultano epistemologicamente fondamentali in tutte le fasi delineate, al fine di costruire una presa in carico davvero integrata.

Il presente documento consta di tre appendici. La prima è il testo di un'intervista a Daniela Cremasco, assistente sociale del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e

alla Famiglia di Roma. La seconda è il frammento di una supervisione, compiuta per un Centro Socio Educativo per minori a rischio, di Luigi Cancrini, psichiatra, psicoterapeuta e fondatore del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia di Roma. La terza è un'intervista a Lisa Petruzzi, psicologa, psicoterapeuta e ideatrice del Centro Crisalide di Pistoia.

Capitolo primo

Il fenomeno del maltrattamento e la sfida della recuperabilità

L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio.

(Italo Calvino)

1.1 Il maltrattamento e l'abuso

Il primo passo di questa ricerca, dentro a un tema così delicato e “spinoso” come quello del maltrattamento e dell’abuso intra-familiare, sarà quello di tentare di dipingere la cornice e lo sfondo entro cui essa stessa si trova a solcare la propria strada. Il C.I.S.M.A.I., Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia, ci consente l’osservazione di una prima (e, per taluni aspetti, unica) quantificazione del maltrattamento sui minori in Italia¹ con il coinvolgimento dei Comuni. Infatti, i dati raccolti e osservabili su questo tema, prima del Dossier redatto dal C.I.S.M.A.I. con la collaborazione di Terre des Hommes, sono caratterizzati da un’osservabilità parziale² e dalla mancanza di “un sistema informativo per la raccolta dati, istituzionalizzato ed omogeneo, sul maltrattamento nei confronti dei bambini e, di conseguenza, di un adeguato sistema di monitoraggio”³.

Il primo dato significativo di questa indagine è quello che riguarda il rapporto sia

¹ C.I.S.M.A.I. e Terres des Hommes (a cura di), *Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno dei bambini*, <http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/Dossier_TDH_CISMAI66d8.pdf>, Milano 2013-09-17, cons. 2016-03-22.

² I dati, precedentemente al Dossier sono riportati o dal ministero degli Interni o dall’Istituto degli Innocenti. Cfr. C.I.S.M.A.I. e Terres des Hommes (a cura di), *Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno dei bambini*, op. cit.

³ C.I.S.M.A.I. e Terres des Hommes (a cura di), *Prima Indagine nazionale quali-quantitativa sul maltrattamento a danno dei bambini*, op. cit., p. 2.

tra la popolazione minorile raggiunta dall'inchiesta e i minori maltrattati, sia tra quest'ultimi e il bacino d'utenza minorile presa in carico dai Servizi sociali dei Comuni italiani. Al 2011, la situazione italiana vede 7'464 minori presi in carico per maltrattamento in una popolazione totale minorile di 758'932. In altri parole, "1 minore su 100 fra la popolazione minorile residente risulta vittima di maltrattamenti"⁴. Inoltre, Il "peso" di questi casi dentro ai servizi sociali è, a sua volta, significativo, se si pensa che, tra la tutta popolazione minorile raggiunta, 48'280 minori sono presi in carico. Ciò significa, che 1 minore su 6 dei minori assistiti risulta maltrattato. Siamo davanti a cifre che, per quanto incomparabili in questa sede con altre situazioni europee, rilevano quantità non trascurabili, e che tendono ad aumentare se consideriamo che 3'890 dei minori presi in carico dai servizi per altri motivi risultano anche maltrattati. Ciò gonfia ancora il rapporto di incidenza di questo fenomeno sulla popolazione, portandola ad una percentuale di 0,22 % sulla popolazione globale (1 minore maltrattato ogni 455 persone) e di 1,49 % sulla popolazione globale minorile (1 minore maltrattato su 68 minori).

Data la cornice quantitativa di cui sopra, ci sembra opportuno provare a comprendere davanti a che tipo di fenomeno ci troviamo davanti quando parliamo di maltrattamento. Nella dichiarazione del "Consultation on Child Abuse and Prevention" del Who, ripresa nel rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2002), si sottolinea come

Per abuso all'infanzia e maltrattamento debbono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza, negligenza, sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere.⁵

⁴ Ivi, p. 7.

⁵ World Health Organization, *World Report on Violence and Health*, 2002, trad. it. E. Fossati (a cura di), *Sanità e violenza nel mondo, Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della sanità*, in: *Quaderni di sanità pubblica*, CIS Editore Milano, p. 86.

La Legge n.172 del 2012 ratifica la Convenzione di Lanzarote, stabilendo la priorità di garantire la guarigione fisica e psicosociale del minore vittima di maltrattamento.

Ed ancora, attingiamo qui a una meno recente definizione di maltrattamento, quella elaborata dal Consiglio d'Europa, per cui per maltrattamento possiamo intendere

Gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino.⁶

Alla luce dei suddetti chiarimenti, è limitante pensare che i casi di maltrattamento siano per lo più riconducibili e riducibili ai soli casi di violenza fisica. Cirillo, e con lui l'équipe del CbM⁷, classifica i casi di maltrattamento in quattro tipologie⁸, pur essendo consapevole dell'inevitabile parzialità epidemiologica di ogni schematizzazione. Esse si dividono in: *maltrattamento fisico*, "in cui il minore è oggetto di aggressioni da parte dei familiari, con conseguenze fisiche (come lesioni cutanee, oculari o viscerali, fratture, bruciature, lesioni permanenti, morte)"⁹; *abuso sessuale*, "in cui il minore è coinvolto da parte dei familiari in atti sessuali che presuppongono violenza o ai quali non può comunque acconsentire con consapevolezza"¹⁰; *grave trascuratezza*, "in cui il minore subisce gli effetti delle omissioni o carenze dei familiari circa i propri bisogni fisici e/o psichici (abbigliamento inadeguato alle condizioni atmosferiche, trascuratezza igienico sanitaria o alimentare, inadempienza scolastica, denutrizione ecc.)"¹¹; *maltrattamento psicologico*, "in cui il minore è vittima di una reiterata violenza

⁶ Consiglio d'Europa al IV Colloquio Criminologico, svoltosi a Strasburgo nel 1978.

⁷ Centro per il Bambino Maltrattato e la cura della crisi familiare di Milano. D'ora in avanti, "CbM".

⁸ Cfr. S. Cirillo, *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1985.

⁹ S. Cirillo, *La famiglia maltrattante*, op. cit., pag. XXI.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

verbale o comunque di una pressione psicologica tale da danneggiarlo. Rientrano in quest'ultima categoria tutte quelle situazioni di separazione conflittuale in cui i minori sono palesemente strumentalizzati dai genitori nel contrasto reciproco, con evidenti e rilevabili effetti sul loro equilibrio emotivo”¹².

Negli ultimi decenni, la riscoperta del concetto di trauma nell'ambito della psicologia, ha illuminato circa le drammatiche conseguenze delle “sevizie più sottili, grandi e piccole, che sistematicamente, ogni giorno, coinvolgono soggetti deboli e incapaci di difendersi emotivamente e cognitivamente”¹³.

Siamo ormai consapevoli che le reazioni aggressive e oppositive, quelle depressive e acquiescenti, o le lesioni e le compromissioni del pensiero e delle emozioni empatiche, o ancora le difficoltà nell'apprendimento e nella socializzazione di molti bambini non dipendano né da loro vissuti interni né da fattori costituzionali né da propensioni biologiche, ma dalla continua e sistematica esposizione al rapporto con adulti e con genitori che minano la fiducia di base e le competenze¹⁴.

Le ricerche empiriche nell'ambito della violenza familiare, pur avendo ottenuto risultati utili al lavoro sociale, ci restituiscono un corpus di dati frammentato, che tradisce la forte complessità del tema in questione. I comportamenti abusanti, violenti o maltrattanti non sono infatti riducibili, con facilità positivistica¹⁵, a dinamiche devianti ben definite. Dagli studi emersi in questo campo, tanti e vari sono gli aspetti presenti nelle famiglie che presentano queste difficoltà, le quali non possono mai essere indagate come cause dirette del comportamento deviante.

Le strutture disorganizzate di queste famiglie, le carenti definizioni di ruolo, la mancanza di regole educative, la presenza di conflitti tra i

¹² *Ibidem*.

¹³ P. Di Blasio in: S. Cirillo, *Cattivi Genitori*, Milano, Raffaello Cortina Editore 2005, p. IX.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Non è nostra intenzione affermare la facilità del positivismo, piuttosto una errata semplificazione del positivismo stesso, come ridotto, nel senso comune, alla semplice concatenazione di causa ed effetto nell'osservazione dei fenomeni.

genitori, l'insoddisfazione personale e familiare, oppure la presenza di tossicomania, di alcolismo, di problemi psichiatrici in uno o entrambi i genitori, o ancora lo svantaggio sociale e culturale, o esperienze di violenza subite da questi genitori nella loro infanzia, rappresentano altrettanti fattori predisponenti o condizioni problematiche, di cui la ricerca sul campo ha ben documentato l'associazione con comportamenti abusanti o violenti.¹⁶

Tuttavia, come già affermato, è fuorviante, in questo complesso campo d'indagine, pensare che gli elementi succitati, pur presenti con significativa costanza, possano bastare ad individuare o prevedere atti di maltrattamento minorile. Da ciò è possibile inferire due conseguenze, le quali agiscono non soltanto da premesse teoriche nel lavoro di ricerca qui presentato, ma anche da premesse empiriche nel processo di attivazione di servizi specialistici atti alla valutazione e al trattamento di minori abusati e delle loro famiglie.

La prima conseguenza è che le ricerche e le pratiche attivabili in questo campo debbano far uso non soltanto delle competenze sociali proprie dei servizi territoriali di base, ma servirsi strettamente di “un approccio clinico che, da una prospettiva dinamica e attenta alla processualità dei fenomeni, possa spiegare sia la genesi delle azioni violente sui figli sia il modo in cui potrebbero evolvere”¹⁷.

La seconda inferenza è che, non essendo così riducibili i rapporti di causa-effetto tra gli elementi empiricamente presenti nelle famiglie maltrattanti e i comportamenti maltrattanti, è fondamentale, nell'ambito dell'attribuzione delle risorse e, di conseguenza, del livello di competenza e organizzazione, tenere (o portare) in equilibrio tra loro le aree del rilevazione, della protezione, della valutazione e della cura nei servizi di contrasto al maltrattamento.

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ *Ibidem.*

1.2 Le criticità dell'integrazione nella presa in carico

Prima di addentrarci nella parte epistemologica e metodologica, si cercherà qui di valutare alcuni punti del Documento di Proposta¹⁸ a firma di Vincenzo Spadafora, Autorità Garante dell'infanzia e dell'Adolescenza, ed elaborato dalla Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni. In particolare, ci serviremo di questo testo per mettere a fuoco alcune criticità presenti nel nostro territorio nazionali rispetto ai servizi che si occupano di minori vittime di maltrattamento, e, così facendo, proveremo ad analizzare quali elementi metodologici, organizzativi e tecnico-professionali possano implementare la responsività ed aumentare l'efficacia degli interventi dei servizi nel contrasto al maltrattamento minorile e di facilitazione alla recuperabilità genitoriale.

Il primo aspetto di criticità qui analizzato¹⁹ riguarda le misure preventive: dal punto di vista della prevenzione primaria del maltrattamento, la quale mira a impedire che il fenomeno si possa realizzare individuando precocemente le possibili aree di rischio, il documento registra una debolezza a livello delle strutture e delle professionalità chiamate ad intercettare i fattori che possono determinare un rischio: “disturbi e difficoltà della madre (nei casi, in particolare, della depressione post-partum) e delle coppie (nelle situazioni, in particolare, di violenza intrafamigliare)”²⁰

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, finalizzata a una presa in carico precoce ed efficace delle situazioni in cui maltrattamento e abuso si sono già verificate, rileva altresì un inadeguato sostegno, in particolare da parte “dei famigliari e delle professionalità cui il bambino affida i suoi racconti che restano bloccati, a volte, dal timore di mettere in moto, con denunce e/o segnalazioni,

¹⁸ Cfr. Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, Documento di proposta della Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni, Roma 2015.

¹⁹ Nel documento in questione è il punto 2.

²⁰ Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit., p. 17.

reazioni pericolose per chi le fa o controproducenti per lo stesso minorenne”²¹. Dal documento in questione, emerge con chiarezza la constatazione di una sottovalutazione del fenomeno, non solo da un punto di vista socio-familiare, ma anche istituzionale (si pensi alla presenza del tutto assente in alcune regioni dei Garanti regionali per l’infanzia e per l’adolescenza²²).

Un altro rilevante ambito di criticità è quello della cura. La Commissione²³, pur riconoscendo la presenza di importanti situazioni di eccellenza, evidenzia, a questo proposito, “una generale debolezza, una grave insufficienza o comunque una forte discontinuità rispetto ai servizi effettivamente presenti a livello territoriale per la presa in carico sociale, pedagogica e psicoterapeutica del minorenne traumatizzato”²⁴, nonostante il diritto per il bambino traumatizzato a ricevere le cure necessarie sia ribadito sia dalla Convenzione di Lanzarote²⁵ sia da quella di Istanbul²⁶. Questa difficoltà rivela alcuni aspetti importanti su un piano analitico, che esponiamo ora e su cui ritorneremo più avanti in questo lavoro di ricerca. La prima e inequivocabile è quella riguarda la cultura diffusa rispetto ai minori traumatizzati, e perciò alla mancanza, nel senso comune, di una consapevolezza “che riguardi non solo i dati generali relativi al fenomeno, ma i principi del funzionamento psicologico post traumatico dei bambini vittime di Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI)”²⁷.

²¹ *Ibidem*.

²² Cfr. Autorità Garante per l’infanzia e per l’adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit.

²³ Commissione consultiva per la prevenzione e la cura del maltrattamento sui minorenni, che ha scritto il documento succitato.

²⁴ Cfr. Autorità Garante per l’infanzia e per l’adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit., p. 14.

²⁵ Convenzione di Lanzarote, Art. 14, comma 1: “Le Parti adotteranno le necessarie misure legislative o di altro genere per assistere, a breve e lungo termine le vittime al fine di assicurare la loro guarigione fisica e psico-sociale. Le misure adottate in applicazione del presente paragrafo dovranno tenere in debito conto il punto di vista, i bisogni e le preoccupazioni del bambino”

²⁶ Convenzione di Istanbul, Art. 26: “Le Parti adottano le misure legislative e di ogni altro tipo necessarie per garantire che siano debitamente presi in considerazione, nell’ambito dei servizi di protezione e di supporto alle vittime, i diritti e i bisogni dei bambini testimoni di ogni forma di violenza rientrando nel campo di applicazione della presente Convenzione. Le misure adottate conformemente al presente articolo comprendono le consulenze psicosociali adattate all’età dei bambini testimoni di ogni forma di violenza rientrando nel campo di applicazione della presente Convenzione e tengono debitamente conto dell’interesse superiore del minore”.

²⁷ Cfr. Autorità Garante per l’infanzia e per l’adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli*

Essere maltrattati, abusati o subire violenza dagli adulti di riferimento, per i minori, ha conseguenze fortemente traumatiche poiché mina la fiducia che essi possano soddisfare i propri bisogni, proteggere e nutrire. Studi sui primati dimostrano le conseguenze mentali del maltrattamento e della relazione fra genitori e figli permeata di emozioni negative e incontrollate... e si è visto come questi cuccioli diventati adulti non abbiano a loro volta comportamenti genitoriali sani ed equilibrati. Altrettanto evidente appare quanto per quanto riguarda l'uomo. Sono comportamenti che creano confusione e costringono la mente del bambino a operazioni difensive, pervasive e massicce per mantenersi integra, in primis la negazione e la scissione, difese arcaiche che condizioneranno poi la sua vita mentale. In quanto esseri dipendenti dai genitori, o comunque da una figura di attaccamento, i bambini fanno di tutto per mantenere il legame affettivo e mantengono un legame di estrema lealtà con i propri riferimenti affettivi indipendentemente dal loro comportamento. Nell'infanzia il bambino non può mettere in dubbio questo legame e si organizza per rimanere in relazioni permeate di maltrattamento violenza o in situazioni di abuso pur di non perdere il genitore. Le conseguenze mentali di questo lo porteranno con molta probabilità a sviluppare problematiche psicopatologiche, sociali e ad essere un genitore altrettanto incompetente dei propri figli.²⁸

In secondo luogo, il documento evidenzia che “altrettanto sottovalutate sono le conseguenze a medio e lungo termine dei “traumi infantili” non curati, anche in termini di sviluppo di importanti psicopatologie nell’età adulta con imponenti costi sanitari, sociali ed economici”²⁹.

Questa fondamentale mancanza, di ordine prima di tutto culturale, è presente sovente anche a livello dei caregiver (genitori naturali, adottivi, affidatari), e delle professionalità (giudici, avvocati, assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili, pediatri, insegnanti ed educatori, funzionari di polizia) che hanno alta probabilità di incontrare e/o di scontrarsi con tale funzionamento e che rischiano continuamente di cadere in pericolose errate interpretazioni delle

adolescenti vittime di maltrattamento, op. cit., p.14.

²⁸ Appendice 3: Intervista a Lisa Petrucci.

²⁹ Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit., p.14.

reazioni del bambino al trauma, mettendo a rischio la possibilità per il bambino di una buona esperienza riparativa.³⁰

Ad aggiungersi alle difficoltà italiane in merito ai processi di cura e presa in carico dei minori vittime di maltrattamento, emerge, conseguentemente, un'insufficiente armonizzazione e compatibilità tra gli "interventi sul piano giudiziario, su quello terapeutico e di sostegno affinché si armonizzino efficacemente senza sovrapporsi e senza procurare la "vittimizzazione secondaria" del minorenne vittima di abuso, come spesso succede per difetto di norme di coordinamento o carenza di consapevolezza delle specifiche competenze degli altri operatori"³¹ e una sottovalutazione della "formazione regolare obbligatoria e continua specifica – che deve essere anche congiunta - degli operatori che si occupano a diversi livelli di minorenni vittime di abuso e maltrattamento"³².

A concludere questa parte di analisi dei bisogni e delle difficoltà, rimangono tre ambiti di rilevante interesse per questo lavoro di ricerca (seppur relativamente affrontati, come chiarito nell'Introduzione di questo elaborato): quello dell'accoglienza dei minori fuori dalle famiglie d'origine, quello della violenza assistita e quello delle procedure d'ascolto del minorenne in sede giudiziaria.

Per ciò che concerne il primo, il Documento di Proposta sottolinea come, a fronte del diritto ineludibile del minore traumatizzato di ricevere una cura che sia riparativa a livello educativo, sociale, emotivo e psicologico, le strutture residenziali (case famiglia e comunità per minorenni) paghino l'assenza di una chiara normativa di riferimento nazionale e regionale e l'omogeneità di "standard minimi di strutture e di personale, spesso non sono precisati in modo chiaro ed omogeneo"³³. Questo arreca inevitabilmente "discontinuità e precarietà delle figure professionali che operano al loro interno, nonché ad una loro formazione disomogenea e non sempre specifica"³⁴ ed una "mancanza, spesso assoluta, di

³⁰ *Ibidem.*

³¹ *Ibidem.*

³² *Ibidem.*

³³ *Ivi*, p.19.

³⁴ *Ibidem.*

formazione psicoterapeutica, giuridica e pedagogica degli operatori e di occasioni di psicoterapia di sostegno per i minorenni”³⁵. In secondo luogo, i progetti di affido e di adozione soffrono ancora oggi di un’insufficiente valutazione e progettualità, dimostrata dal numero sempre maggiore di mancati recuperi delle famiglie naturali nonostante la Legge n. 149 del 2001, e di un’alta frequenza di “crisi adottive collegate a difficoltà che sovente si legano proprio all’adozione di bambini che non sono stati adeguatamente curati dopo aver subito dei traumi importanti e dalla mancanza di un’attenzione, da parte della coppia, alla esigenza di terapia psicologica che a questo tipo di storie si collega”³⁶. Non difficilmente si può dedurre l’importanza che, in queste fragilità, riveste la mancanza di una forte sensibilità culturale agli effetti post-traumatici dei minori di maltrattamento.

Un altro aspetto di difficoltà che è utile avere presente quando si parla di minori traumatizzati, è quello della violenza assistita. Da un punto di vista clinico, solo recentemente l’assistere alla violenza su figure significative (più spesso nei confronti della madre) è stato riconosciuto come forma di maltrattamento, e, da quello giuridico, non è (ancora) considerato un reato verso i minorenni. Il Documento rivela infatti che spesso, nelle valutazioni di queste situazioni, l’aspetto della violenza viene ricondotto esclusivamente al rapporto con la madre, con conseguente disomogeneità degli interventi sui minori. Il ridimensionamento culturale di questo fenomeno è da compiere, e gli effetti di una confusa percezione di esso sono chiariti con chiarezza dalla Commissione:

Da parte dei servizi sociali e del Tribunale Ordinario sez. Civile nelle situazioni di separazione, soprattutto conflittuale, si rileva la tendenza a confondere fra violenza assistita e alta conflittualità nella coppia, con una sottovalutazione della prima e un’enfaticizzazione della seconda, che porta a individuare poi soluzioni che non sempre sono a maggior tutela dell’interesse superiore della persona di minore età, quali, ad esempio:

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ivi*, p. 20.

- sollecitare la mediazione familiare anche in presenza di maltrattamenti fisici e/o psicologici, generalmente nei confronti della madre, presupponendo una parità delle parti che è esclusa nelle situazioni di violenza, come specifica l'art. 48 della Convenzione di Istanbul;
- non tenere in dovuta considerazione gli episodi di violenza vissuti dai figli minorenni, e tutti gli elementi processuali, al momento di determinare i diritti di custodia e di visita dei figli.³⁷

Siamo di fronte ad una minimizzazione dell'effetto traumatico della violenza assistita, e, perciò, ad una duplice necessità: da una parte, approfondire gli strumenti di rilevazione di situazioni di violenza domestica, dall'altra di implementare il coordinamento e l'integrazione della presa in carico, al fine di favorire una migliore valutazione complessiva della genitorialità maltrattante. Anche per questo aspetto, appare sempre più urgente un investimento a tutti i livelli (culturale, giudiziario, sociale, psicologico) che permetta l'implementazione della capacità integrativa della presa in carico.

Infine, l'ultimo aspetto presentato dal Documento di Proposta, che conferma la disomogeneità e la discontinuità degli interventi, è quello che riguarda le procedure relative all'ascolto del minorenne in sede giudiziaria. Esse sono ritenute come insufficientemente adeguate a considerare, “non solo la generale condizione di fragilità delle persone di minore età, ma il fatto che, posti in condizioni di stress ed esposti ad Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI), i minorenni presentano sovente il funzionamento tipico dei soggetti affetti da Disturbo Traumatico dello Sviluppo”³⁸. Vi è una difficoltà sia sui tempi di richiesta dei magistrati, “spesso poco compatibili con le esigenze di cura dei minorenni oltre che con la possibilità del minorenne di fidarsi del perito e quindi fare il proprio racconto in maniera soddisfacente”³⁹, sia sull'efficacia della Consulenza Tecnica (C.T.), la quale affida a un consulente tecnico il compito di stabilire la compatibilità del racconto con i

³⁷ *Ivi*, p. 23.

³⁸ *Ivi*, p. 25.

³⁹ *Ibidem*.

suoi contenuti emotivi e la sua idoneità a testimoniare. Questi due elementi contrastano evidentemente con il sapere empirico dell'esperienza clinica, per la quale non è possibile scindere la capacità di testimoniare e, quindi, la sua autenticità da una relazione di fiducia sicura, la quale, soprattutto nei casi di abusi o maltrattamento, necessita di tempi più lunghi e di competenze relazionali (meglio se anche psicoterapeutiche) adeguate.

Pertanto il loro ascolto dovrebbe tenere conto di questa premessa, essere predisposto in modo che non comporti la loro vittimizzazione secondaria, essere tempestivo, condotto da personale adeguatamente formato e non dovrebbe interferire con i processi di cura in atto, ma coordinarsi e integrarsi con essi.⁴⁰

1.3 La “proposta” della specializzazione

Sebbene il termine “proposta” abbia un uso prevalentemente dialogico e colloquiale, esso ci appare, in questo titolo, come il più adeguato, per due ragioni: la prima perché delinea l'habitus di una ri-organizzazione sperimentale, e perciò sempre sottoposta all'evidenza empirica e allo spirito di ricerca. In secondo luogo, ribadisce che, essendo la “proposta” un atto che prevede il coinvolgimento di più elementi tra loro, questi servizi, nei termini dell'integrazione e della continuità della presa in carico, prevedono essenzialmente (cioè nella loro essenza) non solo la multidisciplinarietà delle competenze professionali al suo interno, ma anche l'integrazione e la collaborazione di tutti i soggetti implicati nei processi d'aiuto ai minori maltrattati. Infine, il tentativo argomentativo di portare alla luce alcuni elementi metodologici per gli interventi di recuperabilità genitoriale è qui *proposto* attraverso la ricostruzione del funzionamento e della collocazione organizzativa dei Servizi Specialistici per il Trattamento dei Minorenni Vittime di

⁴⁰ *Ibidem.*

Maltrattamento e Abuso, o, per meglio dire, dall'isolamento dei loro elementi teorici ed empirici che ne fondano le prassi.

Rispetto alle criticità individuate nel Documento del Garante per l'Infanzia e per l'Adolescenza, l'invito alla costituzione di servizi specialisti si inserisce nei "suggerimenti" per la valutazione e per il trattamento (cioè della cura), che, come abbiamo visto, risulta solo parzialmente in possesso di strumenti adeguati al trattamento "di diritto" dei minori maltrattati o abusati.

Accanto ad un primo livello di servizi di base che dovrebbe essere maggiormente implementato e finanziato, dovrebbe essere prevista, a livello nazionale, la costituzione di Servizi Specialistici per il Trattamento dei Minorenni Vittime di Maltrattamento e Abuso che dovrebbero essere inseriti all'interno dei livelli essenziali di prestazioni (LEP) da garantire a bambini ed adolescenti su tutto il territorio nazionale. Questi servizi specialistici si dovrebbero inserire nelle reti regionali come servizi di eccellenza specializzati nella presa in carico integrata di situazioni complesse di grave maltrattamento ed abuso sessuale oltre che di consulenza, supervisione e formazione ai servizi e per l'integrazione in rete delle loro attività.⁴¹

L'idea di servizio specialistico richiamata dal Garante è quella di cui abbiamo già esempio a Roma⁴² e Milano⁴³, e si compone strutturalmente di un'équipe multidisciplinare di professionisti, formata da assistenti sociali, psicoterapeuti, supervisori psicologici. Questa composizione, seppur data dall'esperienze concrete già esistenti, risulta essere condizione necessaria al raggiungimento di diversi obiettivi:

- *La presa in carico integrata*, realizzata attraverso sia uno stretto lavoro di équipe tra assistenti sociali e terapeuti, che lavorano in ogni momento del processo organizzativo incrociando saperi, strumenti e competenze, sia attraverso la

⁴¹ *Ivi*, p. 15.

⁴² Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia di Roma.

⁴³ Centro per il bambino maltrattato e la crisi familiare di Milano.

collaborazione e il coordinamento con i servizi sociali, gli operatori territoriali e quanti altri facciano parte della rete di aiuto.

- *La valutazione psicologica di situazioni di maltrattamento e abuso*, resa possibile attraverso la possibilità di uno spazio di accoglienza e di elaborazione della sofferenza, visti come elementi, oltre che terapeutici, anche propedeutici alla valutazione della recuperabilità di competenze genitoriali. A ciò va aggiunto uno spazio terapeutico per il genitore maltrattante, che renda possibile maieuticamente (nonostante la coazione della terapia) un nuovo investimento affettivo, che possa o essere “centrato” sui figli, ed è il caso di una prognosi positiva, o non esserlo, ed è il caso di una prognosi negativa (la quale permette comunque di riconoscere la propria mancanza di competenza o di volontà genitoriale).
- *La valutazione di recuperabilità delle competenze genitoriali e la realizzazione di interventi volti al loro sviluppo*, permessa dal forte investimento psicoterapeutico verso il/i genitore/i e i suoi/loro comportamenti maltrattanti o trascuranti. Questo aspetto operativo risulta essere il riflesso di uno dei principi teorici fondamentali dei Centri, che è quello dell’attenzione data alle “infanzia infelici”⁴⁴ dei genitori chiamati in causa, e al loro diritto (che è indirettamente un diritto non trascurabile del minore) di trovare uno spazio di elaborazione e di ipotizzazione dei propri comportamenti devianti a partire dal proprio vissuto “di figli”. Il prof. Luigi Cancrini, commentando la citazione di alcune parole usate nella cerimonia di iniziazione di un’organizzazione mafiosa⁴⁵, parla così del rapporto tra genitori e figli, o, meglio potremmo dire, tra genitori, i figli e figli che sono stati:

Dal punto di vista lessicale non c’è spazio in quella formula, prima di tutto, dopo la citazione di padre, madre, fratelli e sorelle, per quella dei figli, che vengono evidentemente considerati da chi la pronuncia un possesso naturale o, in chiave più psicologica, un prolungamento

⁴⁴ L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2013, p. 8.

⁴⁵ “Prima della famiglia, dei genitori, delle sorelle, dei fratelli, viene l’interesse o l’onore della società; essa da questo momento è la nostra famiglia e se commettete infamia, sarete punito con la morte” da E. Ciconte, V. Macrì, *Australian 'ndrangheta. I codici di affiliazione e la missione di Nicola Calipari*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli 2009.

naturale del Sé: il che è quanto accade, in modo più o meno vistoso, nelle nostre “infanziae infelici”, in cui il bambino è sempre, in modo più o meno vistoso, oggetto di possesso o, in chiave più psicologica, un prolungamento naturale del Sé dei suoi genitori. La difficoltà più importante di questi genitori, infatti, è sempre la stessa: è la difficoltà di vedere il figlio come una persona distinta da sé, una persona di cui vanno rispettati insieme i tempi e l’originalità, e di cui le loro personalità più o meno apertamente sconvolte ostacolano o impediscono soprattutto la differenziazione.⁴⁶

E ancora, facendo riferimento alle responsabilità genitoriali nell’infelicità infantile dei propri figli.

La situazione del bambino che vive un’infanzia infelice (...) è una situazione in cui egli non è al primo posto della gerarchia, non è l’oggetto principale degli investimenti affettivi dei suoi genitori, ma solo l’oggetto dei loro movimenti transferali. Vissuti come l’oggetto o il bersaglio di fantasie, di emozioni, di pulsioni attive o coperte che non riguardano loro ma i fantasmi relativi alle figure di riferimento affettivo ancora esageratamente attive all’interno dei genitori, questi bambini diventano lo schermo delle emozioni proiettate su di loro da adulti infelici e immaturi⁴⁷.

- *L’equo contemperamento degli interessi in gioco*, il quale può risultare problematico o difficile nei casi in cui il minore è stato allontanato o messo in protezione preventivamente ad una valutazione genitoriale. Il quadro normativo rispetto alla tutela del rapporto genitori-figli è ampio e articolato (il riferimento non è soltanto agli artt. 2, 3, 30, 31 della Costituzione, ma anche alla Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 1989⁴⁸, la Carta di Nizza⁴⁹ e la giurisprudenza

⁴⁶ L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell’origine dell’oceano borderline*, op. cit., p.75.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ Cfr. art. 9, 18 e 27.

⁴⁹ Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, la cui versione definitiva è del 17.12.2007.

della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo⁵⁰), ma, ciononostante, non risulta affatto facile attuarne i diritti e i doveri, soprattutto nei “nostri” casi di maltrattamento e abuso. Se gli interessi in gioco possono risultare contrastanti, i Centri Specialistici si candidano come possibilità di offrire un equilibrio che, oltre a considerare prioritario l’interesse del minore, garantisca il sostegno – laddove possibile – al recupero delle competenze genitoriali attraverso percorsi di cura terapeutica e di mantenimento dei rapporti con i figli. Citando nuovamente il Garante per l’Infanzia e per l’Adolescenza, interpretiamo qui altri suggerimenti ai fini della nostra argomentazione:

Di grande importanza quindi la presenza di esperti in grado di valutare tale equo contemperamento degli interessi in gioco, nella concreta dinamica intrafamiliare, capaci di valorizzarne le risorse, di mantenere il rapporto ma anche in grado di valutare con tempestività anche in via di prognosi, tenendo presente l’ineludibile quadro normativo, quando tale rapporto finisca con il pregiudicare in modo irreparabile – anche in via di prognosi - le condizioni di sviluppo psico-fisico dei minorenni⁵¹.

L’importanza di un’équipe specializzata nel trattamento delle famiglie è da considerarsi come cruciale all’interno di questo quadro di problematicità,

perché gli operatori professionali e “adulti accoglienti” o *care givers* e tutte le persone che a diverso titolo si occupano di questi minorenni, debbono essere messi nelle condizioni di farlo al meglio e quindi devono avere quel tanto di consapevolezza, competenza, formazione e sostegno che li metta in grado di diventare agenti di sviluppo delle risorse presenti nel minore e nella sua famiglia di provenienza ed eventualmente affidataria e in grado di resistere alle sfide che

⁵⁰ Essa, per plurime sentenze della Corte Costituzionale, costituisce fonte interposta dell’ordinamento e parametro di costituzionalità ed è divenuta, a seguito dell’entrata in vigore del Trattato di Lisbona, parte integrante del diritto europeo.

⁵¹ Autorità Garante per l’infanzia e per l’adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit., pp.20-21.

minorenni esposti a esperienze traumatiche inevitabilmente mettono in atto;

perché vi deve essere una pari dignità per l'attuazione dei diritti dei minorenni allontanati dalla famiglia temporaneamente se vengono inseriti in affidamento familiare o se vengono inseriti in comunità di accoglienza: accesso alle cure, alla terapia, mantenimento dei contatti con la famiglia di origine, quando non contrario al loro sviluppo o alla loro volontà – quando in grado di discernere, devono essere garantiti a livello del territorio in tutte e due le tipologie di accoglienza.⁵²

- *L'accompagnamento del minore lungo tutto l'iter giudiziario*, che contrasti le difficoltà sempre più emergenti nell'ambito di procedure di ascolto del minore in sede giudiziaria, sia in ambito penale, sia in ambito civile. Alla luce della frequente incompatibilità tra i tempi di richiesta dei magistrati rispetto al completamento della perizia, alla loro modalità e competenza specifica dei periti, e le esigenze di cura del minore, i servizi specialistici possono fungere da strumento di connessione tra la valutazione del racconto e un contesto idoneo costruito a partire da una relazione di fiducia con il terapeuta.

L'idea di poter chiedere ad un consulente tecnico di chiarire, in tempi brevi e sulla base di un numero molto limitato di colloqui, se il racconto del minore sia compatibile con i suoi vissuti emotivi e la sua idoneità a testimoniare, urta contro l'esperienza clinica di chi sa che il minore può esprimersi in modo autentico e dunque idoneo solo all'interno di una relazione di fiducia e che tale relazione di fiducia si stabilisce solo nel tempo e con difficoltà, sia nel caso in cui abbia subito un abuso o un maltrattamento, ma anche nel caso in cui il trauma sia quello legato all'utilizzo strumentale della sua testimonianza.⁵³

⁵² *Ibidem.*

⁵³ *Ivi*, p. 25.

Seguendo le indicazioni della Convenzione di Lanzarote (art. 30), i servizi specialistici rendono così possibile la costruzione di un contesto che sia insieme di cura e di ascolto, che renda effettivo il proprio diritto di assistenza durante l'iter giudiziario, proponendosi come avente ruolo di coordinamento tra indagine, tutela, protezione e cura: ovvero di coinvolgere e organizzare il lavoro multiplo di servizi, operatori di polizia giudiziaria, PM, GIP, procuratori, Giudici per i minorenni, Giudici civili, curatori speciali ed esperti incaricati per le audizioni.

- *La consulenza e/o la supervisione agli operatori per casi esterni al Centro*, le quali rappresentano un ulteriore “tassello” al perfezionamento delle prassi rispetto alla tutela minorile. Questo tipo di attività, infatti, permette, in primo luogo, l'accesso a competenze specialistiche da parte dei Servizi Sociali Territoriali, attraverso un ulteriore e specifico livello indiretto di supervisione, e, in secondo luogo, offre la possibilità, rara ma possibile, di funzionare come coordinamento della rete sociale intorno al caso, di supporto alle Assistenti Sociali aventi la presa in carico.

1.4 Una “rete che cura”: il rapporto tra competenza e recuperabilità

Quando parliamo di maltrattamento intrafamiliare, non è superfluo ricordare che, per qualsiasi motivo e a qualsiasi grado, è presente un livello insufficiente di competenza genitoriale, sia esso causato da un evento “critico” che ha influito sulle dinamiche familiari, da una crisi coniugale ascendente o dalla stabile incapacità di investimento affettivo. In ogni caso, non possiamo trascurare il fatto che una valutazione psicodiagnostica di un maltrattamento su un minore possa prescindere da un rapporto di reciprocità con una valutazione delle competenze dei genitori.

Il quadro normativo attuale nell'ambito della competenza familiare definisce la tutela del minore come il contesto di salvaguardia del diritto di tutti i bambini ad

essere curati ed educati in modo responsabile⁵⁴. Tuttavia, quando parliamo in senso stretto di tutela, e perciò tenendo conto di tutto il ventaglio di difficoltà, incapacità e violazioni possibili rispetto ai diritti dei propri figli, la visione d'insieme di ciò che è considerato come tollerabile da ciò che non lo è, non è così facile da individuare: la legge n. 149/01, pur avendo costituito alcuni diritti inalienabili dei minori, presenta il rischio di essere interpretata banalmente e di non costituire una visione d'insieme chiara, condivisa e precisa rispetto ai diritti da tutelare e alle violazioni da non tollerare. Giampiero Ferrario, psicologo e psicoterapeuta del SERT del carcere di Milano Opera, evidenzia in modo esemplare la complessità dei diritti dei figli e la sua inaugurabile riducibilità ad eventi tangibilmente comprovati o condannati socialmente:

Ogni bambino ha il diritto di nascere *desiderato* dai suoi genitori e nella migliore condizione possibile. Ha diritto al pieno riconoscimento della sua appartenenza e ascendenza familiare, della sua età, del suo genere, del suo carattere, dei suoi pensieri, dei suoi sentimenti e della sua personalità. Ha il diritto di nascere, di essere curato ed educato in modo *gratuito* e, finché non dispone di risorse adeguate alla completa autonomia, ha il diritto a essere *privilegiato e protetto* per la sua immaturità. Ha diritto di ricambiare quando riceve dai suoi genitori *nei tempi e nelle forme a lui più consoni* e ha il diritto di sviluppare una personale visione del mondo, dei rapporti con gli altri e di agire di conseguenza. La violazione di questi diritti può comportare una crescita sofferente, sottomessa, l'abbandono e anche la morte.⁵⁵

Per ciò che concerne la presa in carico di minori vittime di maltrattamento, la complessità dei comportamenti disfunzionali dei genitori comporta una valutazione attenta e integrata, soprattutto in senso prognostico. Un genitore maltrattante, o ancor più abusante, è sicuramente portatore di una sofferenza

⁵⁴ Cfr. L. n. 149/01 art. 1.

⁵⁵ G. Ferrario, *La tutela dei minori e l'affido nel servizio pubblico*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*, FrancoAngeli, Milano 2012, p. 27.

irrisolta, un' "infanzia infelice"⁵⁶ che impedisce, almeno in senso diagnostico, l'attivazione immediata delle proprie competenze.

Il contesto di tutela (...) ha senso se è capace di mostrare come gli adulti arrabbiati, sofferenti e violenti non sono altro che figli di famiglie vissute con grandi difficoltà e non tutelati come figli quando erano minori.⁵⁷

Per tutti questi aspetti che ci aiutano ad evidenziare la complessità delle cause (e concause) del maltrattamento, e di un'individuazione chiara e precisa delle violazioni non tollerabili, risultano importanti quanto mai importanti alcuni elementi propri dei servizi specialistici per i minori vittime di maltrattamento.

Il primo aspetto non trascurabile è quello legato alla natura psicodiagnostica dell'intervento. Il contesto valutativo, infatti, non differisce da quello terapeutico se non dagli aspetti che riguardano la coazione dell'intervento e la "doppia" trasparenza con utenti e tribunale. Da un punto di vista pratico, esso è già terapia, e perciò necessita di strumenti, pratiche e competenze psicologiche. È per questo motivo che il contesto valutativo è costruito, verificato e alimentato dall'intera équipe, cioè dal lavoro congiunto di assistenti sociali, psicoterapeuti e supervisori.

Il secondo elemento fondamentale è quello che riguarda la costruzione del modello organizzativo di rete. Quale che sia la divisione dei funzioni di tutela e di valutazione all'interno, e, quindi, quale che sia il modello organizzativo prescelto⁵⁸, due requisiti risultano fondamentali: quello di una *line* gerarchica chiara e condivisa (anche con l'utenza), nell'ambito delle decisioni nell'interesse nel minore, e quello della trasparenza e circolarità delle informazioni per tutta la rete.

La presa di decisione nell'interesse del minore deve essere gerarchizzata in modo chiaro e univoco. Non si assumono decisioni

⁵⁶ L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op. cit., p. 8.

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Cfr. S. Cirillo, *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.

cruciali, come proporre al Tribunale il rientro in famiglia di un minore o al contrario la trasformazione del suo allontanamento da provvisorio in definitivo, per alzata di mano degli operatori. (...) Al vertice della *line*, vale a dire della catena verticale di esercizio per potere decisionale, sta il giudice; sotto di lui c'è il servizio materno-infantile a cui è affidata dal giudice stesso la tutela del minore. (...) Al livello più basso stanno i genitori, la cui potestà è limitata ma non annullata. Chi svolge il ruolo di valutare la recuperabilità dei genitori occupa una posizione di consulente (opera cioè in *staff*) e non ha proprio alcun potere decisionale né il giudice glielo ha delegato. (...) Dobbiamo immaginare che in una rete ben funzionante e non conflittuale il servizio sociale prenderà in attenta considerazione il parere dei colleghi valutatori: ma tale parere non è affatto vincolante, in quanto potere e responsabilità della decisione restano del servizio affidatario.⁵⁹

E ancora, rispetto al succitato elemento di trasparenza e circolarità dentro al modello organizzativo di rete, scrive Cirillo:

L'intera rete condivide la prospettiva della trasparenza e della circolazione delle informazioni, che sola permette ai valutatori di lavorare correttamente, disponendo delle informazioni trasmesse loro da tutti gli altri servizi, secondo modalità e canali organizzati dal servizio sociale affidatario che funziona come referente della rete, assicurando contatti telefonici frequenti e riunioni regolari. Specularmente, solo la conoscenza dell'evoluzione dei progressi o delle cadute dei genitori costatati nel lavoro di valutazione consente al servizio sociale di adattare nel tempo le esigenze della tutela.⁶⁰

Un altro aspetto che riteniamo fondamentale aver presente dentro a un contesto di valutazione è quello del rapporto tra competenza e recuperabilità. Come già detto

⁵⁹ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 108.

⁶⁰ *Ibidem*.

precedentemente, nei casi di accertato maltrattamento è indubbia, provvisoria o definitiva che sia, l'insufficiente competenza genitoriale. Tuttavia, non è un dato così certo stabilire, sulla base della valutazione della capacità genitoriale, la certezza della sua recuperabilità. Anzi, per meglio dire in proposito, non risulta un dato così ovvio tenere conto responsabilmente della stessa recuperabilità come fattore da dover sottomettere ad un attento processo di valutazione. Ciò significherebbe contemplare, nel nostro operato di valutatori, il cambiamento, la prospettiva del futuro, e, perciò, la possibilità di una irrecuperabilità. Senza alcuna leziosa intenzione, è necessario ribadire che la valutazione psicodiagnostica della recuperabilità delle competenze è una fotografia dinamica, una scommessa evolutiva condotta a partire dallo studio delle possibilità che certi comportamenti devianti possano cambiare nel genitore, con l'uso di strumenti idonei. Quando, d'altra parte, parliamo di sola "valutazione delle competenze", omettendone la voce "recuperabilità", rischiamo di cadere nella tentazione di una valutazione statica, una fotografia rigida, un fermo immagine, anche ben dettagliato, di un fenomeno destinato invece all'eterno evolversi in se stesso. A nostro malgrado, accettare di valutare la recuperabilità significa inevitabilmente contemplare il suo contrario: l'irrecuperabilità. Tuttavia, per quanto doloroso e difficile possa essere mettere in dubbio alcune granitiche certezze (anche socialmente e culturalmente determinate) in merito al diritto dei genitori, valutare i dati di recuperabilità significa prima di tutto saper leggere le possibili prospettive, cogliere il "futuro" dentro a un quadro presente e passato.

Mi è capitato innumerevoli volte di inviare il titolo del mio seminario "L'évaluation de la récupérabilité parentale" e trovarmelo corretto da un gentile collega, che pensava a un errore di francese, in "de la compétence parentale": se si accettasse l'esistenza di un dispositivo di valutazione della recuperabilità, ne deriverebbe che qualche genitore potrebbe essere giudicato irrecuperabile, il che in quel contesto culturale suona come una bestemmia.⁶¹

⁶¹ *Ivi*, p.192.

Altresì, questa posizione scoraggia la possibile impotenza degli operatori di fronte a quei genitori sì inadeguati, ma costretti nell’“eterno” limbo tra l’essere considerati recuperabili e il non esserlo. In altre parole, quelle situazioni in cui il progetto su un minore che vive un allontanamento non ha né un obiettivo di rientro nella famiglia d’origine, né quello di un definitivo ingresso in una famiglia adottiva.

Una volta tenevo un corso di formazione in una città della parte francofona del Belgio agli operatori di un centro che si occupava di affido familiare, i quali mi hanno mostrato un grazioso libretto a disegni che usano per spiegare l’affido ai bambini, i cui personaggi erano una famiglia di orsi (Fabry, 1994): ebbene, la filosofia che sottintendeva la storia (l’orsetto trascurato che va a vivere da un grosso orso buono, i suoi genitori pentiti che vagano piangendo per la foresta, l’orsetto che li sente e va ad abbracciarli, per poi tornare a vivere per sempre, felice e contento, dall’orso affidatario) era così lontana dalla mia idea che i genitori possono essere recuperati (il libretto sembrerebbe dire: “no, mai”, l’orsetto resta in affido), ma anche giudicati irrecuperabili (egualmente il libro dice: “no, mai”, l’orsetto non va in adozione) che non sapevo più cosa dire.⁶²

Riepilogando, possiamo affermare che il contesto valutativo, che i servizi devono essere in grado di fornire, non possa rinunciare ad una concezione ferma rispetto al valore della recuperabilità. Essa risulta elemento necessario alla costruzione di un obiettivo chiaro e preciso dentro al progetto di tutela. Questa condizione è resa possibile sia grazie al lavoro di équipe (di cui nel dettaglio approfondiremo più avanti) sia da una valutazione come fotografia dinamica sull’evoluzione possibile e desiderata dagli attori familiari, cioè da un intervento valutativo che non differisce sostanzialmente da un percorso psicoterapeutico (nonostante, come vedremo, necessità di tempi prolungati). A ciò, va aggiunta la capacità di una collocazione organizzativa chiara e puntuale, che riguarda la distinzione dei

⁶² *Ivi*, p. 193.

compiti di tutela e valutazione, la chiarezza rispetto alla gerarchia esistente nei processi decisionali, e la circolarità trasparente delle informazioni nelle organizzazioni di rete.

Accanto a questi elementi, appare come decisiva la capacità degli operatori di adottare un atteggiamento di trasparenza, spiegazione e sostegno nei confronti del minore, proporzionalmente alla sua età e alle sue esigenze evolutive, rispetto a quel che è accaduto e a quali sono gli scenari futuri possibili, per scongiurare il rischio che l'azione di tutela sia solo un'esperienza dolorosa e non riparativa.

Gli operatori sociali hanno anche il compito di curare il legame sociale del minore ponendosi come adulti organizzati e affidabili, in grado di suscitare in lui speranza per sé e per i suoi genitori e di operare giustizia anche con severità.⁶³

Tutti questi aspetti del contesto valutativo concorrono così a due effetti protettivi verso l'utente. Il primo è quello di evitare di subire la frammentazione dei servizi implicati in una decisione giudiziaria, scongiurata dalla costruzione di una rete gerarchizzata, solida, trasparente, connessa, multidisciplinare e organizzata (ovvero una "rete che cura" attraverso una presa in carico ben integrata). Il secondo è la centralità che è posta sulla proiezione futura nel tempo in una valutazione dinamica. Questa posizione non soltanto scalza, come abbiamo visto, l'impotenza di operatori e utenti (all'interno di progetti ibridi, senza obiettivi), ma ci mette in una prospettiva diversa: quella di immaginare che curare il disagio minorile oggi significa prevenire la difficoltà genitoriale (e quindi il suo possibile comportamento maltrattante) domani.

L'intervento tutelante dovrebbe avere due finalità: la prima di salvaguardare i diritti fondamentali di ogni bambino di essere cresciuto ed educato dai suoi genitori, la seconda di prendersi cura dei legami familiari, sociali, feriti o compromessi, con uno sguardo

⁶³ G. Ferrario, *La tutela dei minori e l'affido nel servizio pubblico*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*, op. cit., p. 41.

particolare al futuro dei figli, per quando saranno adulti e dovranno affrontare i rapporti con gli altri e con la propria genitorialità.⁶⁴

Attivare processi di sostegno e di cura per le vittime del maltrattamento (e per i maltrattanti), può significare salvaguardare non soltanto i minori che passeranno dai servizi, ma anche i minori di domani, i prossimi figli di genitori “infelici”: può significare rompere la trasmissione intergenerazionale⁶⁵ del maltrattamento, dell’abuso, della violenza.

Nelle situazioni infantili in cui si evidenziano problemi di maltrattamento o di abuso, in particolare, quello che va sempre tenuto presente è il fatto che l’esposizione alla relazione traumatica può essere totalizzante (nel caso del bambino alla mercé di un abusante o un violento cui nessun altro adulto si oppone efficacemente) o occasionale e parziale (nel caso del bambino che viene abusato da un estraneo e che viene difeso e curato da una famiglia protettiva e vicina). Lo spazio fra questi due estremi è occupato, lungo un *continuum*, da tutta una serie di situazioni intermedie, e noi affronteremo più volte (...) utilizzando il concetto di “pervasività” delle esperienze traumatiche, le conseguenze diverse che la diversa gravità delle situazioni può determinare nel bambino come nell’adolescente e nell’adulto. Una corrispondenza assai importante per il lavoro clinico che si porta avanti con il bambino e con l’adulto è quella che regolarmente si verifica, infatti, fra la pervasività delle esperienze traumatiche e la pervasività del malfunzionamento immediato e successivo.⁶⁶

⁶⁴ *Ivi*, pp.26-27.

⁶⁵ Cfr. L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op. cit.

⁶⁶ L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op. cit., p. 77.

Capitolo secondo

La costruzione di un contesto positivo di intervento

Non uccidere i cuccioli dello straniero, ma salutali come fratello e sorella. Poiché anche se sono piccoli e grassocci, può darsi che la loro madre sia l'orsa. "Non c'è nessuno bravo come me!" dice il cucciolo inorgogliito dalla sua prima preda. Ma la giungla è grande e il cucciolo è piccolo. Lasciate che rifletta e si calmi.

(Rudyard Kipling)

In questo secondo capitolo, è nostra intenzione percorrere, assieme alla letteratura di riferimento, alcune fasi del processo di intervento che precedono la presa in carico terapeutica di un genitore maltrattante da parte di un servizio specialistico. In particolare, il focus sarà incentrato sugli elementi necessari alla costruzione di un contesto che garantisca il diritto di tutela del minore, e, altresì, non comprometta il diritto di recuperabilità del genitore. In questo senso, saranno attraversati i vari momenti del processo che intercorrono tra la prevenzione primaria e il trattamento terapeutico del maltrattante. Tuttavia, nel farlo, ci riserveremo di allargare l'orizzonte oltre l'esistenza, minimale numericamente nel territorio nazionale, dei servizi specialistici atti alla valutazione e al trattamento, con l'obiettivo che queste fasi di intervento ci aiutino ad evidenziare l'importanza di alcuni elementi nella costruzione di un contesto di tutela efficace ed efficiente.

2.1 La relazione con l'utenza nella rilevazione

Nell'ambito dell'abuso e del maltrattamento, la fase di rilevazione, per quanto propedeutica alla presa in carico valutativa e terapeutica, rappresenta uno snodo fondamentale per la sua realizzazione. Lo svolgimento di alcuni compiti, atti ad una rilevazione compiuta correttamente, risultano decisivi, soprattutto alla luce dell'impossibilità (o quasi) della denuncia da parte della principale vittima, il

minore. In primo luogo, questa impossibilità è dovuta alla difficoltà di percepire, proporzionalmente all'età del figlio, la “cattiveria” del genitore: il cordone psicologico, soprattutto in precoce età, risulta fortissimo, obnubilando ogni elemento di considerazione di fallibilità del genitore. Oltre a questo, nei casi di maltrattamento o abuso continuato, è molto probabile trovarci di fronte a bambini che hanno vissuto un attaccamento non sicuro, il quale diminuisce in maniera altrettanto sostanziale la loro fiducia in ogni figura di riferimento e la conseguente capacità di immaginare di poter essere aiutato da qualcuno.

Se questo dispositivo di idealizzazione del genitore [il suddetto meccanismo che nega, almeno parzialmente, la possibilità di percepire il genitore come “cattivo”]¹ è di grande efficacia per la generalità dei bambini, purtroppo condanna le eccezioni, vale a dire i figli degli adulti incompetenti, trascuranti e maltrattanti, a subire un danno senza poterlo decodificare come tale: e quindi a escogitare meccanismi disfunzionali per “leggere” tale comportamento inappropriato (per esempio come una sanzione meritata dal figlio stesso) e in definitiva a non poter chiedere aiuto.²

Già questa modalità di funzionamento del bambino ci induce ad una prima asserzione rispetto a questa parte di ricerca. Se la vigilanza è compito di tutti i membri della società civile, essa si deve fare più attenta e scrupolosa da parte delle figure operative (in cui comprendiamo gli assistenti sociali), in quanto è necessario essere preparati a leggere non solo i dati fattuali, ma soprattutto a raccogliere i segnali fisici, comportamentali e/o di espressione artistica/immaginativa. Come abbiamo già visto, anche in una fase propedeutica all'intervento, come quella della rilevazione, è opportuno che l'assistenza sociale si doti di misurate e specifiche competenze psicologiche per quanto riguarda i minori, oltre che della capacità di considerare, anche emotivamente, il fenomeno del maltrattamento o dell'abuso come realmente esistente.

¹ N.d.R.

² S. Cirillo, *Cattivi Genitori*, op. cit. p. 15.

il bambino è molto timido, ma accolto con affetto, sapendo che io conosco il nonno... è facile l'approccio relazionale: parliamo del calcio, del gioco, della scuola calcio. E poi ci separiamo: io parlo con i genitori e la collega con i due bambini si mette lì a chiacchierare e a disegnare. I due genitori mi raccontano di questa situazione complessa che loro stanno vivendo, nei rapporti proprio con questo nonno, che è il papà della mamma, che è un po' il dominus di questa grossa impresa sportiva. Loro lavorano lì, e c'è una grande difficoltà fra questa figlia, l'altra figlia, e la moglie, la seconda moglie, che più o meno ha la stessa età del loro padre. E c'è un turbine di tensione su cui loro si esprimono, su cui ragioniamo, parliamo. Loro hanno fatto qualche tentativo di staccarsi come realizzazione di vita, però il lavoro ce l'hanno lì, no?... tutte queste cose... dopo di che, vado là e la collega mi fa vedere il disegno, che è il disegno della pioggia e questo bambino ha fatto pioggia, pioggia, pioggia, tutti i trattini di pioggia... e poi c'è lui, piccolo piccolo, in un angolino. È una cosa veramente angosciante, no? È quasi un punto lui, e sopra c'è questo turbine: è un'immagine perfetta della situazione che lui sta vivendo. Lui sente tutta questa grande tensione che riguarda tutto il mondo degli adulti.³

L'altro aspetto decisivo per una vigilanza attenta e competente rispetto al maltrattamento, riguarda la capacità degli operatori di saper tradurre le "richieste d'aiuto mascherate"⁴ da parte degli adulti. Il genitore maltrattante, infatti, difficilmente denuncerà la propria incompetenza o collocherà l'eventuale sofferenza dei figli nell'ambito delle proprie mancanze. Come suggerisce il prof. Cancrini, la grande maggioranza, per non dire la totalità, dei casi di adulti maltrattanti è "figlia" di un'infanzia sofferente⁵, per la quale risultano incapaci di sentire le risonanze dei figli, di offrire loro l'investimento affettivo che questi richiedono. Un muro di sordità è interposto tra la sofferenza dei figli e quella dei padri e delle madri.

Risulta determinante, perciò, un approccio interpretativo che sia basato non soltanto sugli aspetti verbalizzati e spontaneamente esposti dagli utenti, ma che venga compiutamente approfondito nelle sue espressioni nascoste, negli accenni

³ Appendice 2: frammento di una supervisione di Luigi Cancrini

⁴ Cfr. S. Cirillo, *Cattivi Genitori*, op. cit.

⁵ Cfr. L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op. cit.

dei discorsi, nei “lapsus”, nei disegni, nei giochi relazionali familiari e in tutto ciò quello che indirettamente può parlarci di abuso e maltrattamento.

Avere presente il problema della tutela dell’infanzia significa realizzare che i *bisogni* a cui i servizi si trovano a dover rispondere non sono solo quelli portati dagli adulti, connessi alla collocazione istituzionale del servizio, ma anche quelli di altri soggetti, i bambini; significa comprendere che il cliente *visibile*, l’adulto che si rivolge a un servizio, porta dentro di sé e con sé un cliente *invisibile*, il bambino, della cui sofferenza più o meno volontariamente si fa portavoce.⁶

Una volta rilevata una situazione di maltrattamento o abuso, un compito operativo importante, propedeutico alla segnalazione alle autorità competenti, è quello del coinvolgimento dei genitori rispetto a quanto abbiamo rilevato e alle nostre intenzioni prossime di segnalare. Questo passaggio è sancito dal principio della “doppia trasparenza”⁷ con i genitori e con il Giudice (è indubbia l’eccezione della trasparenza con i genitori nei casi in cui il fatto rilevato, reale o sospettato che sia, sia tanto grave da essere considerato reato: in quei casi, l’effetto del coinvolgimento potrebbe avere conseguenze pericolose per la vittima, come la minaccia, l’intimidazione, la violenza, la morte, se non la fuga o il suicidio del maltrattante), principio che è rigorosamente, nelle nostre prassi di servizio sociale, da applicare ad entrambi i genitori, evitando di convocare solo il genitore meno “pericoloso”.

Consideriamo anzitutto che escludere una persona, di solito un uomo, perché ci fa paura, perché ci appare un mero persecutore, un “mostro”, significa proprio contribuire al processo di costruzione sociale che finirà per renderlo tale, un “mostro” per l’appunto. Senza generalizzare indebitamente, riflettiamo sul fatto che molte delle persone che ricorrono ad agiti violenti lo fanno in preda a sentimenti

⁶ D. Ghezzi, F. Vadilonga, *La tutela del minore, protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996, p. 32.

⁷ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 96.

misti, di collera e magari di paura, perché sentono di non avere altri mezzi per affermare se stessi e i propri punti di vista: in definitiva per un vissuto di impotenza. Quando un uomo di questo genere scoprirà di essere stato oggetto di un vero e proprio complotto (...) i suoi vissuti di impotenza e le conseguenti reazioni aggressive cresceranno a dismisura, come pure la paranoia e la diffidenza, rendendo molto arduo il successivo lavoro dell'operatore segnalante.⁸

Perciò, risulta di primaria importanza che l'atto di coinvolgimento sia diretto a entrambi i genitori, senza omettere nulla di ciò che risulta preoccupante e senza strategie di "fuga". Qualora lo si pensi, neanche un cambio di operatore post-segnalazione è affatto utile, poiché non si farebbe altro che alimentare un processo di scissione tra operatore buono e cattivo. Piuttosto, la trasparenza, sia nei casi di presa in carico in un servizio specialistico sia nei casi di intervento territoriale, dev'essere un principio da cui non farsi spaventare, "insistendo sul fatto che il nostro unico movente non è condannarli ma aiutare il loro bambino, il cui benessere starà certamente a cuore a loro stessi più che a noi, e possibilmente aiutare anche loro a evitare comportamenti inappropriati, che sicuramente non vorrebbero assumere"⁹.

Veniamo al prossimo compito operativo, quello della segnalazione. Se all'atto pratico quest'azione può non apparire così complessa, essa in realtà rappresenta un momento molto delicato. È innanzitutto il primo passo verso un netto cambio di contesto, che da spontaneo (nei casi in cui la famiglia sia già in carico ai servizi senza coinvolgimento dell'autorità giudiziaria, come spesso accade) diverrà coatto: l'operatore sarà chiamato alla fedele obbedienza al volere del Tribunale, i genitori potranno sentirsi minacciati o sorpassati rispetto alle proprie responsabilità sui figli. Per questo motivo, possono nascere nell'operatore diverse paure e resistenze (il timore della rottura del rapporto di fiducia, delle possibili minacce, della fatica della collaborazioni con magistrati e poliziotti, eccetera), che possono indurlo a "tentennare" rispetto alla decisione della segnalazione.

⁸ S. Cirillo, *Cattivi Genitori*, op. cit. p. 24.

⁹ *Ibidem*.

Tuttavia, uno strumento (più) empirico rispetto alla decisione della segnalazione può essere utile nella “cassetta degli attrezzi” di ogni assistente sociale. È quello che riguarda il rapporto tra la gravità e il disagio che i bambini soffrono e l’ambito di disponibilità dei genitori. Nel suo testo *Cattivi genitori*, S. Cirillo ci illustra attraverso l’incrocio in un quadrante cartesiano la definizione del contesto di tutela in carico: se la gravità del danno subito è bassa e, con essa, è tollerabile anche la negazione (ovvero è alto il riconoscimento dei propri comportamenti maltrattanti e le proprie responsabilità) da parte dei genitori, il contesto potrà mantenersi nell’ambito della spontaneità o semi-spontaneità, senza necessità di incorrere al Tribunale per i minorenni; al contrario, nel caso in cui, anche soltanto uno di questi due criteri superi una certa soglia di tollerabilità (un danno che costituisca reato accompagnato da un totale riconoscimento od una bassa gravità dell’azione maltrattante insieme ad una negazione totale di questa e della responsabilità ad essa connessa), il contesto dovrà essere “protetto” dal Tribunale, trasformandosi in coatto.

Rientra tra queste prime fasi di lavoro con i minorenni vittime di maltrattamento la possibilità che, effettuata la segnalazione, il Giudice, non avendo elementi sufficienti per prendere immediatamente un provvedimento, chieda ai servizi di effettuare un’indagine, incaricandoli di compiere alcuni interventi che, nel caso in cui si trattasse di una domanda spontanea, possono non essere stati possibili senza il consenso della famiglia. Solitamente, nel lavoro dei pubblici servizi, gli strumenti utilizzati sono le convocazioni, le visite domiciliari, la raccolta di informazioni attraverso la rete (scuola, medici, professionisti di altri servizi). Il nome che assume questo compito è quello di “valutazione del danno” o “accertamento del danno”, solitamente categorizzato in danno sanitario, danno sociale e danno psicologico.

Ciò che interessa in questo lavoro non è tanto passare al vaglio strumenti e finalità di questa valutazione, quanto di provare a leggere questo primo delicato cambio di contesto, accompagnato da un maggior potere e una maggiore responsabilità affidata all’assistente sociale dal Tribunale per i minorenni, come un’opportunità

di entrare più profondamente in relazione con l'utenza, e non soltanto di giudicare il danno inflitto al minore o di adempiere ad un dovere burocratico (sebbene sia necessario onorare entrambe le prescrizioni).

Il primo elemento di cui un professionista deve tener conto è come *costruire un contesto positivo*, in cui il proprio mandato d'indagine non sia né “mascherato” né vissuto con timore dall'utente. Tuttavia, com'è possibile fare in modo che il proprio ruolo e il proprio compito siano chiari, e altresì che il contesto offra occasioni di intervento “intesi a provocare desiderabili cambiamenti relazionali”¹⁰? Ogni contesto è tale grazie ad alcuni segni, alcune marche che ne definiscono la cornice: in *Una teoria del gioco e della fantasia*, Bateson indaga la costruzione degli universi di significato, nei termini di quella che lui chiama *metacomunicazione*:

Vidi due giovani scimmie che giocavano, cioè erano impegnate in una sequenza interattiva, le cui azioni unitarie, o segnali, erano simili, ma non identiche, a quelle del combattimento. Era evidente, anche all'osservatore umano, che la sequenza nel suo complesso non era un combattimento, ed era evidente all'osservatore umano che, per le scimmie che vi partecipavano, questo era *non combattimento*¹¹.

La domanda sorge spontanea: queste scimmie combattono o non combattono? In realtà si tratta qui di un'*imitazione* del combattimento. Le azioni erano simili, ma non identiche. Siamo in presenza di un'azione condivisa di rappresentazione simile al gioco dei bambini (si pensi alla frase tipo: “facciamo che io ero la mamma e tu il papà...”), in cui si *sceglie* di essere “altro” da quello che siamo e lo si fa stabilendo alcune regole implicite.

Nel nostro lavoro d'indagine, dobbiamo aver presente l'esistenza di queste regole della comunicazione, e, data la loro ineludibilità, dobbiamo muoverci attivamente tra esse. “L'utente deve aver ben chiaro che il nostro committente è il giudice e

¹⁰ M. Selvini Palazzoli, *Introduzione*, p. XIV, in: S. Cirillo (a cura di), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1990.

¹¹ G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1995, p. 219.

che è a lui che riferiremo i risultati del nostro lavoro, cioè gli esiti degli accertamenti che avremo espletato. Nel frattempo non dobbiamo appiattirci su regole rassicuranti ma senza fantasia, che faranno sentire l'utente dentro un ingranaggio che sforna indagini attraverso un interrogatorio asettico e stereotipato”¹². Sin dal primo momento, l'assistente sociale abbandonerà ogni giudizio morale sul comportamento maltrattante, supposto o certo che sia, e si dedicherà alla ricerca metacomunicativa di una motivazione alla collaborazione. Trovare un incentivo positivo – attraverso un approccio collaborante del professionista che “sa che, nonostante alcuni comportamenti che possono aver nociuto il figlio, i genitori presenti sono i primi a voler il bene del figlio; che è per quest'ultimo che compiamo un'indagine, per capire se c'è della sofferenza nascosta che possiamo provare a debellare insieme” – è un'azione che va compiuta simultaneamente alla restituzione di un senso più completo dell'atto maltrattante, che avviene attraverso l'individuazione delle cause, prossime prima e profonde poi, che hanno portato i genitori ad agire in contrasto con il benessere del figlio.

Questo [la restituzione del senso del comportamento maltrattante]¹³ non significa *giustificare* il comportamento maltrattante, bensì renderlo maggiormente comprensibile agli occhi di chi lo ha commesso, in modo che possa integrarlo meglio nella visione che ha di sé. Non si tratta dunque in alcun modo di associarsi a quella grottesca tendenza che ha preso piede tempo f negli Stati Uniti, denominata “*abuse, excuse*”, per la quale la persona che viene scoperta, poniamo, a rubare in un grande magazzino si difende dicendo: “è vero, però io da piccola sono stata abusata”. Non dobbiamo insomma scoprire nel triste passato del nostro genitore maltrattante una ragione (che puntualmente si troverebbe) che lo *autorizzi* a maltrattare i suoi figli, bensì porlo in contatto con la propria sofferenza di bambino, in modo tale che egli possa finalmente

¹² S. Cirillo, *Cattivi Genitori*, op. cit., p. 50.

¹³ N.d.R.

empatizzare con quella sofferenza che lui infligge ai propri figli, così da interrompere – se ci riuscirà – la catena della ripetizione.¹⁴

Data questa prima cornice di contesto, entro la quale gli adulti considerati maltrattanti sono consapevoli sia della situazione di coazione, sia delle proposizioni positive che si possono creare per il figlio attraverso la stessa (e una volta che le proprie negazioni cominciano a vacillare), si può pensare di allargare l'indagine al minore (o ai minori) della famiglia. Cirillo S., nel lavoro di preparazione con i minori, suggerisce quattro elementi da tenere presenti prima dell'inizio della relazione con i minori, affinché si espletino nel migliore dei modi i presupposti di un contesto chiaro, collaborativo, rispettoso ed efficiente. Tuttavia, prima di esporli, è nostra cura una doverosa premessa: gli elementi esposti si seguito raccolgono ispirazione dal lavoro di Cirillo formulato in *Cattivi genitori*. Sebbene, in quanto tali, possano non rientrare tra i compiti di un assistente sociale, essi sono da ritenere fondamentali in un processo di valutazione del danno sanitario, psicologico e sociale; risultano inscindibili da una stretta collaborazione con l'area psicologica, meglio se dotata, nei casi di maltrattamento o abuso, dello strumento dell'équipe multiprofessionale.

1. *La presentazione dell'operatore al bambino.* Questa operazione, sebbene possa apparire come formale, è in realtà tutt'altro che ininfluente. L'operatore dev'essere, precedentemente al primo colloquio, presentato da qualcuno ben noto al minore e affettivamente significativo per lui (qualora non sia possibile farlo fare direttamente ai genitori, è opportuno che questo passaggio intermedio venga compiuto da qualcuno “che possa rappresentare il genitore agli occhi del bambino”¹⁵). L'assistente sociale, insieme al terapeuta, non può basare l'inizio del proprio intervento su un principio di autoreferenzialità, non può auto-accreditarci, agli occhi del minore, come persona a cui sta a cuore egli stesso.

2. *La spiegazione del contesto.* L'atto di far comprendere il contesto è spesso trascurato, ma è altresì molto importante. Il minore, soprattutto nei casi di subita

¹⁴ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., pp. 53 - 54.

¹⁵ *Ivi*, p. 55.

messa in protezione, ha il diritto non trascurabile di essere a conoscenza delle vicende che lo riguardano, soprattutto quando possono apparire catastrofiche. Nell'esperienza milanese del CbM, nei casi di spiegazione del contesto di tutela ai minori, fanno uso di un libro a disegni di Gabbana Vassalli¹⁶, il quale mostra all'inizio una situazione di crisi familiare, con litigi tra genitori e bambini spaventati, si evolve con la messa in moto del meccanismo di tutela fatto di personaggi protettivi (insegnanti, educatori, assistenti sociali, psicologi e il giudice), finisce "a lieto fine", nel senso dei loro auspici, con i bambini che rientrano a casa. Quest'azione risulta determinante alla collaborazione del bambino per far prendere al giudice la giusta decisione, la migliore soluzione per il bambino e la famiglia. Si evince, in un contesto così delicato, la necessità di svolgere, con attenzione e trasparenza, una funzione di incoraggiamento per il minore e per i genitori.

3. *Il formato.* È fortemente consigliabile, se non è già presente un allontanamento del minore dai genitori decretato dal Tribunale per i minorenni senza alcuna possibilità di effettuare incontri protetti, che il bambino non venga convocato da sola in prima seduta. Sono più favorevoli i contesti allargati (entrambi i genitori o un genitore alla volta), in cui la concentrazione del lavoro di valutazione sarà incentrato maggiormente sulle relazioni che non sul contenuto del materiale comunicativo esposto in colloquio.

In casi diversi dall'abuso sessuale (...) in cui è in campo un maltrattamento fisico, può essere necessario preparare il bambino all'incontro con il genitore maltrattante. In tali casi, privilegio, almeno in prima istanza, il *formato della fratria*, se esiste. Tale formato ha in primo luogo il vantaggio di far condividere ai fratelli possibili riflessioni sugli aspetti di somiglianza e differenza delle loro storie (...), e in secondo luogo quello di non costringere un bambino piccolo a fronteggiare subito da solo una persona "grande", sempre temibile per quanto benintenzionata.¹⁷

¹⁶ Si tratta di: L. Gabbana Vassalli, *Può essere andata così*, Eifo, De Agostini, Milano 1989.

¹⁷ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 57.

4. *La scelta degli operatori.* Essendo di fronte a casi di alta frammentazione familiare, i servizi preposti alla tutela al trattamento dei minorenni dovrebbero porre molta attenzione anche alla scelta degli operatori. Essi devono essere nel minor numero possibile: è cura di chi svolge questo servizio fare in modo di non restituire la frammentarietà che si prova a curare. In questo senso, è un bene che, anche in contesti che presentano quadri familiari molto allargati e complessi, non siano coinvolti, agli occhi degli utenti, tanti specialisti. Ciò non esclude affatto, ma implica, con maggior forza, il confronto e la supervisione in équipe, senza la quale si tende ad aumentare le possibilità di rischio di restituzione confusa. In questa direzione, è possibile servirsi di varie modalità:

conducendo i colloqui in co-conduzione, per esempio, psicologo e assistente sociale insieme, o utilizzando lo specchio unidirezionale che spesso nei servizi è stato acquistato, ma è ricoperto da un armadio perché non lo adopera nessuno e i microfoni non funzionano più. Solo vedendo lui [lo psicologo]¹⁸ tutti i membri della famiglia potrà riportare all'uno quanto detto dall'altro e sentire i commenti e la versione di ciascuno, che si accavallano, si integrano, si contraddicono.¹⁹

Questi elementi individuati, anche quando non sono confinati al mero ruolo rivestito dall'assistente sociale, rivestono un compito determinante nella costruzione di un'alleanza con la famiglia. Nei contesti coatti che essa è costretta ad attraversare, risulta fondamentale contro-investire nella relazione con l'utenza. Più aumenta il nostro potere dirigente (conferitoci dal giudice), più la forbice diventa tagliente, maggiore dovrà essere la cura verso la scoperta delle intenzioni positive alla riparazione del danno genitoriale.

Sempre in questa direzione, c'è un ultimo compito da affrontare una volta terminata la valutazione e redatta la relazione da inviare alle autorità competenti. Si tratta della lettura condivisa con la famiglia dei risultati dell'accertamento e dell'esame psicodiagnostico effettuato. Condividere con loro la valutazione

¹⁸ N.d.R.

¹⁹ *Ivi*, p. 58.

permette, da una parte (adempiendo al principio della “doppia” trasparenza) di preparare la famiglia all’incontro con il giudice e di prefigurarsi quello che potrà pensare e decidere, dall’altra, se il processo di valutazione psicodiagnostica è stato fatto tenendo conto di ricostruire, senza giustificare, il senso del comportamento maltrattante del genitore, di vedersi restituita l’immagine e gli effetti dei comportamenti che generano sofferenza nei figli. Quest’ultimo aspetto, benché apparentemente irrilevante, offre inaspettate possibilità di “redenzione”, in quanto, essendo la relazione costruita sull’ascolto anche del vissuto personale dei genitori, svincolata da ogni giudizio moralistico e ancorata a elementi di concreta evidenza, offre agli stessi un’ulteriore occasione per abbassare la propria soglia di negazione e le proprie difese di evitamento della realtà e per aumentare la propria fiducia nell’alleanza con il servizio incaricato.

2.2 Le misure di protezione: resistenze e opportunità

Nei processi di intervento che si profilano lineari, le misure di protezione si inseriscono, ovviamente, nella fase successiva all’indagine. Tuttavia questa linearità si presenta più spesso come un’eccezione che come una regola. Per questo, non è scontato ribadire che le misure protettive adottate nell’interesse del minore possono essere attuate prima di un’istanza del giudice, e, in ogni modo, sono sempre suggerite allo stesso prima della sua decisione successiva. Alla luce di ciò, sarà cura di questo lavoro di ricerca attraversare alcune considerazioni teoriche rispetto alle situazioni in cui un giudice non ha ancora emesso sentenza, e perciò quando è ancora possibile fornire elementi utili al Tribunale dei minorenni, oppure quando il provvedimento è provvisorio e non definitivo, e quindi sono presenti margini di modificazione del provvedimento.

Un’altra premessa doverosa è quella che riguarda la differenza dei compiti che intercorre tra l’assistente sociale territoriale che svolge il proprio lavoro nei servizi pubblici e l’assistente sociale che lavora in un servizio specialistico di valutazione

e trattamento. Il primo, infatti, ha una primaria responsabilità rispetto al compito di protezione e la sua successiva progettualità; il secondo, essendo situato su un livello diverso, lavorerà soltanto, escluse rare eccezioni, con minori per cui sono state già attivate misure protettive, sebbene esso possa contribuire a modificarne il corso.

Tornando alla questione effettiva della protezione, il primo luogo comune da sradicare è quello che la segnalazione di un minore al Tribunale comporti automaticamente un allontanamento dalla propria famiglia. “Questa non è che *una* delle misure di protezione che il Tribunale può decretare, e vi fa ricorso ovviamente solo nei casi più gravi, quando il rischio che il minore corre è estremamente serio e imminente, o il danno che patisce già è di entità elevata e va immediatamente interrotto”²⁰. Perciò, l’assistente sociale, successivamente alla valutazione del danno, è chiamato a suggerire una misura di protezione il più adeguata possibile al danno accertato o possibile (possibile in quanto può verificarsi in futuro), considerare i rischi insiti in ognuna delle azioni messe in atto, prevedere i cambiamenti sistemici all’interno delle relazioni familiari, fare in modo che la protezione non contrasti con la recuperabilità dei genitori.

La misura cautelativa più lieve è *il controllo dei servizi sociali*, affinché questi vigilino sull’andamento del minore e svolgano funzioni di sostegno e aiuto alla famiglia. In questi casi, lo strumento più utilizzato è quello dell’educativa domiciliare, ben vista dalle amministrazioni per via dei suoi costi contenuti. Essa prevede la presenza (il cui monte-ore può essere definito in sede di tribunale) di un educatore (o di un assistente sociale nel caso di un’*assistenza domiciliare*) che si occupi di presenziare nel domicilio per alcune ore a settimana, ai fini di osservare le dinamiche relazionali e sostenere colloqui formali ed informali con i genitori. Ciò che è interessante comprendere, ai fini del rafforzamento dell’alleanza terapeutica con i genitori, è che, anche nei suddetti casi di misure lievi di protezione, torna ad essere necessario attuare tutte le accortezze per non

²⁰ Ivi, p. 68.

trascurare il noto principio della “doppia trasparenza”²¹. Molto spesso, le famiglie si convincono che l’educatore domiciliare svolga la sola funzione di sostegno e di aiuto, per poi irrigidirsi una volta reso loro noto che esso relaziona ai servizi, che relazionano al tribunale, rivestendo a tutti gli effetti un ruolo di controllo.

Trascurare di precisare questa doppia funzione [di controllo e di aiuto]²² può far nascere in seguito vissuti di tradimento nei genitori, qualora dall’osservazione dell’assistente domiciliare e ancor più dall’educatore dovessero emergere ulteriori elementi di preoccupazione circa il benessere dei minori, elementi che potrebbero portare a misure più severe, fino all’allontanamento.

D'altronde i genitori molto spesso mettono in atto forti resistenze, più o meno esplicite, nei confronti di un progetto che sono in qualche modo costretti ad accettare per evitare altri provvedimenti: non avendo la possibilità di esprimere un rifiuto esplicito nei confronti di un intervento che non solo contiene aspetti evidenti di critica al modo in cui esercitano il loro ruolo, ma è particolarmente temibile perché viola la riservatezza domestica, ricorrono a sabotaggi più o meno mascherati o a squalifiche.²³

Oltre al principio di trasparenza, c’è un altro elemento importante da tenere in considerazione anche in questi casi più lievi: i sabotaggi e le resistenze possibili della famiglia possono rendere l’intervento inefficace, comportare un carico ingestibile da un solo operatore, compromettere anche definitivamente il rapporto di fiducia con l’utenza. Come abbiamo visto in altri passaggi delicati della tutela, anche questa operazione andrebbe “veduta e gestita con intelligenza da una rete pluriprofessionale di operatori, per evitare che sul solo educatore si scarichino compiti che, oltre che ingrati, possono diventare del tutto insufficienti”²⁴.

²¹ *Ivi*, p. 96.

²² N.d.R.

²³ *Ivi*, p. 71.

²⁴ *Ibidem*.

Non è nostra intenzione passare in rassegna tutte le misure di protezione possibili, ma si sappia soltanto che, dopo suddette misure lievi, si passa gradualmente dall'*affidamento ai servizi sociali* fino alla più estrema *limitazione della potestà genitoriale*, con conseguente allontanamento dalla famiglia. Nei casi di maltrattamento accertato, si lavora solitamente in questa forbice di possibilità. Non è superfluo ricordare che l'allontanamento è l'ultima ratio dei provvedimenti possibili in materia di tutela, e per questo sempre mal augurabile; tuttavia proveremo qui a delinearne alcuni elementi teorici e a sfatarne paure e resistenze.

Ormai è profondamente radicato nella coscienza collettiva come l'allontanamento sia l'*estrema ratio* a cui ricorrere solo quando è a repentaglio l'incolumità stessa del bambino, oppure la sua salute psichica, seriamente minacciata da distorsioni profonde del legame con i genitori. Anzi, questa positiva presa di coscienza ai danni dell'istituzionalizzazione e degli effetti traumatici della rottura del vincolo con i genitori è andata qualche volta fin troppo oltre²⁵.

Sicuramente, ogni operatore sociale conviene sul fatto che, oltre a un'ingente spesa economica, l'allontanamento è una forma di violazione del diritto di un minore alla continuità dei rapporti con i genitori. Tuttavia, questa considerazione non può subordinare il proprio diritto a crescere in un ambiente non maltrattante, né abusante o violento. Oltre un certo limite, è necessario fare i conti con queste convinzioni e fare in modo che ci aiutino a delineare un progetto di allontanamento che sia contiguo alla recuperabilità del genitore maltrattante. Altrimenti queste considerazioni diverranno convinzioni rigide che permetteranno soltanto di far vincere ciecamente il "mito del legame di sangue"²⁶ sulla brutalità di certe condizioni che i bambini sono costretti a vivere.

Alcuni operatori contrastano o rimandano esageratamente un progetto di allontanamento, essendo ormai preda di pregiudizi quali "la peggior famiglia è meglio del miglior istituto" o, in una versione più

²⁵ *Ivi*, p.72.

²⁶ *Ivi*, p. 193.

aggiornata, “chi ci garantisce che i genitori affidatari (o adottivi) non siano poi più patologici dei genitori naturali? Ho conosciuto un caso che...”, pregiudizi che riportano in primo piano il mito del legame di sangue come unico e insostituibile.²⁷

Tale convinzione, mantenutasi e rafforzatesi anche dopo i cambiamenti intervenuti nel costume e nelle varie realtà sociali, negli stili di vita, nell'economia del paese, impedisce di scorgere chiaramente altri problemi dell'infanzia, le disattenzioni, l'incuria, le brutalità a suo carico, un tempo parimenti esistenti, forse meno intuibili o appariscenti di quanto lo siano ora, data la sovrastanza evidenza delle rotture istituzionali.²⁸

Ogni atto di tutela va preso sì nell'interesse di interrompere il danno inflitto al minore, ma ogni forma di protezione, anche l'allontanamento, deve essere attuata con l'intenzione di non compromettere la recuperabilità. Nel fare ciò, non si salvaguarda soltanto il diritto del genitore al mantenimento della relazione con il figlio (finché questo non contrasti con il benessere di quest'ultimo), ma si salvaguarda soprattutto il diritto del figlio al mantenimento della relazione con il genitore. I diritti dei genitori e dei figli, contrariamente a quanto, talvolta, si possa pensare, convergono in un rapporto di complementarità, fino al non tollerabile limite di un'impossibilità di recupero delle proprie competenze, che, compiuti tutti gli sforzi possibili al cambiamento da parte dei servizi, impedisce il ripristino della relazione.

Un allontanamento non deve mai né essere punitivo né essere percepito come tale, anche nei casi che possono creare negli operatori una certa riluttanza morale, come l'abuso sessuale. Questo provvedimento dev'essere uno strumento atto alla recuperabilità, e può certamente fornircene una possibilità se i servizi sono in grado di “giocare bene le proprie carte”.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ S. Cirillo, M. Cipolloni, *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 165.

Due luoghi comuni pericolosi sono sempre alla porta quando parliamo di allontanamento dalla famiglia d'origine. L'uno è quello del legame di sangue privilegiato a tutti i costi, anche quando la continuità del rapporto inficia gravemente sull'evoluzione mentale o fisica del minore. L'altro, all'estremo opposto, è concepire l'allontanamento, se non come un atto punitivo, come un'azione volta soltanto all'interruzione del danno, senza considerazione alcuna delle conseguenze sul recupero del genitore. Nel lavoro di tutela sociale, questi due poli indicano un via mediana di prassi costruita tra il diritto del minore ad essere educato con cura e responsabilità e quello di continuità, seppur regolamentata, controllata e progettata, con i propri genitori naturali.

Questo orientamento è vero anche quando si parla di affidamento eterofamiliare:

Il progetto di affidamento (...) consiste nella collocazione di un minore in una famiglia affidataria e nella presa in carico della sua famiglia d'origine per l'assistenza e la cura del disagio che ha portato il Tribunale dei minorenni alla decisione di allontanare il minore. I due aspetti sono strettamente correlati e la mancanza di presa in carico della famiglia del minore, come a volte accade, può diventare un rischio di fallimento dell'intero progetto stesso di affidamento. Il minore in alcuni casi può, infatti, rinunciare all'idea di doversi occupare dei suoi genitori solo se è rassicurato dalla presenza di adulti qualificati che si occupano di loro e di loro problemi.²⁹

Se la presa in carico della famiglia d'origine risulta non trascurabile neppure in un progetto di affidamento, è facile immaginare quanto sia importante nella fase che intercorre tra la messa in protezione del minore attuata dal Tribunale per i minorenni e il successivo processo di valutazione e di aiuto alla recuperabilità. In questo senso, è fondamentale attivare una serie di dispositivi che non scoraggino in partenza il genitore all'ardua impresa di mettersi in discussione e cambiare i propri comportamenti maltrattanti. Per questo, l'affidamento dovrebbe essere una

²⁹ G. Ferrario, *La tutela dei minori e l'affidamento nel servizio pubblico*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affidamento*, op. cit., p. 32.

soluzione da attuare con estrema attenzione in una prima fase di protezione. Finché il recupero del genitore non è avviato e l'alleanza di lavoro costituita, è fortemente sconsigliabile attivare l'affidamento, pena il rischio di creare sentimenti di frustrazione, rabbia e strumentalizzazione. I passaggi dell'allontanamento devono essere gradualità: l'inserimento in comunità o in istituto è un passo che, senza disattendere la progettualità dell'affido, e perciò rimanendo delle soluzioni temporanee, permettono di costruire un processualità benefica per i genitori e per i figli.

Il fatto che l'autorità, che agli occhi di questi utenti "coatti" ha soltanto il volto (per il momento) del persecutore e del nemico, tolga loro il figlio per affidarlo a un'altra famiglia suona come una sentenza inappellabile. Significa che tu sei stato giudicato (a torto) cattivo e che qualcun altro viene visto come buono, quando è soltanto più furbo o più fortunato o più forte o più ricco di te, e che questo qualcun altro, al di là delle ciance che ti raccontano, finirà per rubarti tuo figlio e tu non lo vedrai più, il figlio che tu hai fatto, e sarà lui invece a goderne. Per evitare vissuti di questo tipo è meglio in una prima fase pensare a un collocamento in una comunità, piccola e di tipo familiare, se possibile, che non evoca in genitori tanto fragili e diffidenti i medesimi fantasmi, riservando il progetto di affido a un momento successivo, se ce ne sarà bisogno.³⁰

L'affido, pur essendo uno strumento grazie al quale un bambino può ricostruire i propri legami affettivi, è un male, anche se, senza volerlo sottovalutare, un male minore in uno stato di emergenza psicofisica di un bambino maltrattato.

Ancor più notevole di attenzione merita l'affidamento intrafamiliare. Strumento molto utilizzato nelle disposizioni di tutela in quanto economico e apparentemente preservatore dei punti di riferimento del minore, esso nasconde delle insidie pericolose. In primo luogo, l'affido a parenti può non essere sufficiente a impedire l'interruzione del danno inflitto dai genitori, sia in quanto è possibile una certa

³⁰ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., pp. 74-75.

volontaria o involontaria collusione con i maltrattanti, sia in quanto il minore “può essere esposto ai medesimi fattori carenzianti e traumatici che hanno segnato la storia dei suoi genitori”³¹. È da prevedere, in questo senso, una, seppur ridotta, continuità con il contesto maltrattante da cui il bambino è stato allontanato. In secondo luogo, l’affido a persone “di sangue” prossime ai genitori può generare conflitti o inasprirne di precedenti, alzando il clima di tensione e di paura che precedentemente all’affido appariva del tutto assente o impercettibile. In terzo luogo, i parenti affidatari possono avere la tentazione di “squalificare” i genitori, considerabili più incapaci di educare che sofferenti.

In conclusione, per ogni misura di protezione che siamo chiamati a suggerire al Tribunale per i minorenni, tanti sono gli aspetti da tenere in considerazione quanti sono gli interessi di tutti gli attori in gioco, anche quando, come nel caso della tutela, l’interesse maggioritario è quello del minore: 1) ai fini della coltivazione dell’alleanza con la famiglia maltrattante, è opportuno, in tutte le situazioni dove la legge non lo impedisce, applicare un’operatività trasparente, basata sulla chiarezza esplicita del ruolo, del mandato, delle azioni intraprese, degli obiettivi, delle possibilità; 2) le misure di protezione, anche quando lievi, dovrebbero prevedere un lavoro integrato in una rete pluriprofessionale, in modo che eventuali resistenze o sabotaggi dell’utenza non inficino sull’efficacia dell’intero intervento; 3) l’allontanamento protettivo del minore dovrebbe essere pensato a partire da un equilibrio teorico tra il diritto del minore ad essere educato e curato in modo responsabile e non traumatizzante e il suo diritto alla continuità della relazione con i propri genitori naturali; 4) ogni atto di protezione del minore non dovrebbe compromettere, neanche parzialmente, la recuperabilità del genitore, ma concorrere all’opportunità di cambiamento del proprio comportamento maltrattante; 5) in una prima fase di allontanamento, compiere passaggi gradualmente di messa in protezione, evitando l’affido come prima soluzione, per le ritorsioni emotive che questa può avere sul genitore, e conseguentemente sul processo stesso di tutela.

³¹ *Ivi*, p. 77.

2.3 Il contesto di valutazione della recuperabilità

Grazie al lavoro pluriennale dei Centri Specialistici nel trattamento dei minori maltrattati, si può qui tentare di introdurre ulteriori elementi di novità rispetto alla processo di tutela. Da un punto di vista processuale, una delle prassi cardinali di queste esperienze è la valutazione delle competenze genitoriali, la quale è, innanzitutto, distinta rispetto all'accertamento del danno sociale, psicologico e fisico. Essa si esplica solamente dopo che per il minore sono state attivate le misure di protezione necessarie all'interruzione del danno e consiste in una valutazione psicodiagnostica condotta da psicoterapeuti (il cui lavoro è coordinato e supervisionato attraverso un'équipe) che prevede tempi che variano dai sei agli otto mesi. Dando voce a quanto esperito in questi anni di ricerca, e contrariamente a quanto a volte accade attualmente nei servizi, dopo aver interrotto il danno inflitto al minore attraverso un allontanamento, seppur non compromettente la recuperabilità genitoriale, aver predisposto l'attivazione di un educatore per il figlio e aver regolamentato gli incontri con la famiglia d'origine, non è possibile pensare di aspettare dei mesi per monitorare l'andamento delle cose e relazionare al Tribunale. Non è possibile pensare che i genitori mettano in moto spontaneamente dei cambiamenti dopo tutta l'impalcatura coatta che è stata messa in piedi in difesa del figlio dai loro comportamenti. È per questo motivo che risulta più che mai necessario far in modo che i servizi sociali siano stimolati a rafforzare la loro collaborazione con quelli psicologici e, quand'è possibile, che le istituzioni muovano risorse verso l'attivazione di nuovi servizi specializzati in questo compito.

In ogni caso, tenteremo qui di analizzare alcuni elementi verso cui gli operatori, ed in particolare gli assistenti sociali, dovrebbero orientare le loro prassi una volta messo in atto la protezione del minore prescritta dal giudice. L'obiettivo è offrire una valutazione alla recuperabilità delle competenze genitoriali, di modo che essa sia cerniera dell'intero processo, dalla segnalazione alla terapia familiare, fino al ricongiungimento "riparato" con il minore (oppure un discongiungimento consapevole per volontà del genitore).

[La valutazione]³² si differenzia da un lavoro peritale in quanto si configura come diagnosi dinamica e consiste nella valutazione della risposta agli input di cambiamento, necessaria alla formulazione di un parere prognostico.³³

La valutazione psicodiagnostica, che, come suddetto, si esaurisce in una durata di 6-8 mesi, attraverso incontri settimanali o bisettimanali, è condotta da un psicoterapeuta, in collaborazione con l'assistente sociale. Per questo motivo, non faremo leziose distinzioni di compiti, ma avremo cura di sottolineare alcuni elementi utili alla costruzione organizzata del nuovo contesto.

In primo luogo, per fronteggiare la passività, e la sua conseguente impotenza, nella fase successiva alla messa in protezione, è necessario che la rete di professionisti che circonda il caso sia uniformata, oltre che sull'obiettivo del nuovo contesto, su un atteggiamento "non neutrale". Esso è descritto molto bene da S. Cirillo:

Ecco cosa intendiamo quando parliamo di *spirito terapeutico* o di *atteggiamento non neutrale*: il desiderio di trovare, all'interno di un contesto impervio come quello di indagine, in cui è stata vista la famiglia di Marco, Luisa, Roberto e Ivana, o di quello appena meno ostico della valutazione della recuperabilità, qualche risorsa per stimolare nell'utente il desiderio di cambiamento. E poiché non ci può essere cambiamento senza un desiderio di cambiare, *sarà il nostro di desiderio, finché quello dell'utente non c'è, a sostituirlo per un tratto di strada.*³⁴

In un contesto coatto, com'è quello della valutazione, questo atteggiamento può risultare un'arma molto potente contro l'assenza di richiesta, la negazione e le tortuose psicopatologie dei genitori. Sebbene non sia immune da rischi

³² N.d.R.

³³ C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, op. cit., p. 4.

³⁴ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 87.

epistemologici, questo *modus operandi* risulta, a detta delle esperienze dei Servizi Specialistici, promotore della successiva motivazione al cambiamento dei genitori, senza tuttavia richiedere l'uso di competenze psicoterapeutiche. È una rete che si stringe attorno all'utente e ne sostiene la motivazione fino a che l'utente stesso non sarà capace di sostenersi e farsi aiutare. Perciò, è consigliabile che la rete multiprofessionale sia convocata prima dell'inizio di ogni valutazione, affinché possa svolgere fin dall'inizio questa funzione, e sia ri-convocata nei momenti cruciali di cambiamento del contesto.

(...) direi che la metafora che noi usiamo di più è quella della squadra in cui si vince o si perde tutti insieme. Il premio è il benessere del bambino insieme ai suoi genitori. Oppure un mettersi accanto e, per un periodo, che di solito si fissa prima, un condividere e sostenere. C'è poi il lavoro di accesso alle parti ferite di questi genitori... e quindi la riparazione che è dovuta a quel bambino che spesso ancora piange dentro di loro.³⁵

Quello che abbiamo chiamato “atteggiamento non neutrale” è tuttavia una modalità operativa che può presentare qualche contro-indicazione. La più ovvia è legata all'eccessivo coinvolgimento emotivo degli operatori, per il quale si può rischiare di “forzare” una valutazione, e, anziché renderla dinamica, provocarne una distorsione irreversibile. È per questo motivo, che lo spirito terapeutico della rete di professionisti dev'essere accompagnata da un certo rigore metodologico della valutazione e da un costante lavoro supervisionato e intervistato in équipe.

Si ritiene infatti che la valutazione debba essere comprensiva degli aspetti psicologici, sociali, legali, economici e sanitari sia dei minori che della famiglia e debba essere costituita da un percorso che abbia *aree, tempi e metodologie definite e specifiche* e che preveda il lavoro integrato di figure professionali diverse (psicologi, assistenti sociali, educatori, medici).³⁶

³⁵ Appendice 1: Intervista a Daniela Cremasco.

³⁶ C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, 2014, p. 1.

Per ciò che riguarda il rigore metodologico, il C.I.S.M.A.I. ha schematizzato molto bene, nelle “Linee-guida per la valutazione clinica e l’attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori” le aree tematiche, le finalità e gli strumenti indicati alle valutazioni a partire dal tipo di provvedimento giudiziario esistente³⁷. Il documento propone, a questo proposito, alcuni indicatori di recupero in ogni area tematica, che qui ci occupiamo di riportare sinteticamente:

Area 1 – Definizione del contesto:

- a) rispetto delle regole del setting;
- b) partecipazione attiva agli incontri;
- c) accoglimento delle indicazioni e delle prescrizioni fornite dagli operatori e dall’autorità giudiziaria.

Area 2 – Profilo anamnestico della coppia:

- a) caratteristiche disfunzionali della relazione di coppia;
- b) presenza/assenza di legami irrisolti con le rispettive famiglie d’origine;
- c) congruenza/incongruenza nella ricostruzione della propria infanzia con i propri genitori;
- d) riconoscimento e consapevolezza delle carenze subite e della propria sofferenza.

Area 3 – Profilo di personalità

- a) capacità/incapacità di aderire alla realtà;
- b) capacità/incapacità di controllo degli impulsi;
- c) capacità/incapacità di tollerare le frustrazioni;
- d) capacità/incapacità di modulare la relazione affettiva.

Area 4 – Rapporto con i figli:

³⁷ Cfr. C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Linee-guida per la valutazione clinica e l’attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, op. cit.

- a) investimento attivato nei confronti del figlio;
- b) caratteristiche dell'alleanza genitoriale;
- c) presenza/assenza di riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino;
- d) presenza/assenza dei confini generazionali;
- e) capacità/incapacità della coppia di mantenere i confini generazionali con i figli;
- f) flessibilità/rigidità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli;
- g) qualità dei legami nella fratria;
- h) capacità di attenzione e ascolto del bambino;
- i) capacità di contenimento emotivo;
- j) capacità di mettere in parola sentimenti, emozioni, esperienze.

Area 5 – Trattabilità terapeutica

- a) riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
- b) comprensione e co-partecipazione alla sofferenza del figlio;
- c) capacità di comprensione del danno arrecato al figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli;
- d) capacità di assumersi le proprie responsabilità e attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento;
- e) capacità iniziale di condividere un progetto di intervento riparativo.

Questi indicatori possono svolgere, a fianco di un lavoro ben strutturato in équipe, la funzione di contrasto al coinvolgimento emotivo nell'*atteggiamento non neutrale* di cui abbiamo precedentemente fatto menzione.

Non si può infatti procedere a un affido [e perciò anche a nessun'altra decisione]³⁸ se non abbiamo stabilito prima la recuperabilità dei genitori, ossia che le difficoltà che impediscono loro di occuparsi del

³⁸ N.d.R.

figlio sono temporanee, e se non abbiamo definito i tempi necessari ai genitori per cambiare in modo che il figlio possa rientrare a casa. Ciò rappresenta la premessa, dunque, e non l'obiettivo: una premessa su cui è necessario implementare un lavoro di recupero delle presunte risorse residue e che richiede una valutazione dei progressi in atto.³⁹

Nella costituzione di un contesto attuo alla valutazione della recuperabilità, di seguito allo *spirito terapeutico* e al *rigore metodologico*, è fondamentale che le azioni siano connotate da un *orientamento inclusivo* di tutti i membri della famiglia, che non ostacoli a prescindere l'inizio della recuperabilità.

Anche nei casi dove sono presenti elementi di alta conflittualità tra partners, è necessario: non pregiudicare l'uso di convocazioni congiunte, benché ci sia permesso dall'autorità giudiziaria, al fine di eguagliare il grado di responsabilità genitoriale; focalizzare l'attenzione su un cambiamento di contesto che tenga in considerazione l'impegno e la messa in discussione di entrambi i genitori; evitare le "triangolazioni" tra utenti e servizi.

In secondo luogo, un altro elemento da tenere in considerazione è l'attivazione delle visite tra genitori e figli. Un allontanamento, come abbiamo visto, è funzionale all'interruzione del danno e perciò non può pregiudicare la relazione tra genitori e figli. La sospensione totale del rapporto può arrecare grave danno sia al figlio che al genitore. Lo ripetiamo qui, benché già discusso precedentemente, in quanto l'attenzione data agli aspetti di *inclusività* risultano determinanti alla riduzione dei tempi di focalizzazione della motivazione al processo d'aiuto e perciò alla costituzione di un contesto proattivo di valutazione. Quest'orientamento è ovviamente valido ancor di più quando giungiamo al momento di incontrare il minore. Soprattutto quando il figlio si fa portavoce consapevolmente del maltrattamento subito (il quale è, a vari livelli e in varie modalità, negato dai genitori) la preoccupazione che gli operatori possono avere rispetto ad una convocazione congiunta può

³⁹ Tettamanzi M., Gagliardi E., *Accogliere per separarsi: dipendenza, autonomia, e conclusione dell'affido*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*, op. cit., p.163.

determinare la separazione dei colloqui. Tuttavia, il timore di far convivere due verità non può pregiudicare un incontro congiunto, il quale, se apparentemente esposto a più rischi, può permettere il raggiungimento di obiettivi più importanti ai nostri fini:

Non bisogna però dimenticare che in questa fase dell'intervento (segnalazione già fatta e tenuta in conto dal Tribunale, protezione, anche drastica, già messa in atto) le due verità "pesano" in modo diverso: il bambino è creduto, i genitori no, per cui – con la presenza di operatori garanti della credibilità della parola del bambino – anche un'eventuale ostinazione nel negare da parte dei genitori non indurrebbe nel figlio un pesante effetto di confusione cognitiva e autosqualifica. Produrrebbe certo un forte dolore e una grave delusione: ma è invece possibile che proprio il contatto con tale sofferenza del proprio bambino possa ottenere, da parte del genitore che comunque lo ama, un cedimento almeno parziale delle difese di negazione.⁴⁰

Il quarto e ultimo elemento utile alla costituzione di un contesto favorevole è quello della *chiarezza*. Esso può apparire come assimilabile al concetto di trasparenza, ma, in realtà, si preferisce, in queste date condizioni, differenziare questi due atteggiamenti per scongiurare il rischio di confusione tra prassi. Si è, infatti, fatto riferimento al concetto cirilliano di "doppia trasparenza"⁴¹ per indicare un atteggiamento di limpidezza verso il giudice e verso l'utenza, rispetto al proprio mandato imposto dall'autorità giudiziaria, agli obiettivi del progetto sociale, ai risultati diagnostici ottenuti, alle comunicazioni fatte e alle modalità intraprese, indipendentemente dalla fase del percorso di tutela. In questo caso, invece, si vuole intendere per "chiarezza" un atteggiamento atto alla comprensibilità dell'utente rispetto del contesto al momento dell'inizio del processo di valutazione della recuperabilità, in sede del colloquio introduttivo.

⁴⁰ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 92.

⁴¹ *Ivi*, p. 96.

In primo luogo, è da ritenere opportuno chiarire la situazione in maniera inequivocabile: trattandosi di un contesto coatto, e perciò del tutto differente da quello spontaneo, l'assistente sociale si curerà di comunicare all'utenza che il lavoro che sarà messo in atto non è "propriamente per aiutare i genitori", ma, qui ed ora, "per capire perché alcune cose non vanno e per verificare se un cambiamento sia possibile". Questa precisazione definisce più precisamente il ruolo degli operatori coinvolti, eludendo sia la possibilità di atteggiamenti richiestivi, in quanto scoraggia le aspettative, sia a "contenere la portata degli aspetti minacciosi e persecutori del contesto"⁴², in quanto esplicita il mandato di valutazione delle relazioni familiari.

Successivamente, sarà opportuno chiarire i ruoli delle persone coinvolte nella valutazione: l'assistente sociale e gli psicologi (compreso il supervisore o l'eventuale co-terapeuta). In questo senso, sarà cura dei professionisti, oltre rendere esplicita la distinzione tra tutela (dei servizi sociali) e valutazione (del servizio specialistico), definendo l'organizzazione di tutti i servizi e gli enti coinvolti, anche evitare ogni operazione di scissione tra operatori "buoni" (in genere quelli che hanno il mandato valutativo) e quelli "cattivi" (solitamente il giudice e i servizi di tutela). Sebbene possa sembrare favorevole alla conduzione del percorso valutativo, questa modalità ha "in auge" un rischio molto probabile (per non dire certo) di compromissione definitiva del lavoro di rete e di squalifica dell'autorevolezza dei Tribunali, che possono far "deflagrare" l'eventuale intervento volto al recupero.

Infine, è necessario lo svolgimento di alcune comunicazioni all'utente, quali: 1) definire la durata della valutazione (circa 6 mesi⁴³); 2) esplicitare i comportamenti concreti che devono cambiare in base al mandato delle autorità giudiziarie, nonché i rispettivi indicatori di cambiamento; 3) indicare le alternative possibili per il futuro del minore in base all'esito della valutazione, senza alcuna reticenza e

⁴² *Ivi*, p. 96

⁴³ Cfr. C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, op. cit.

giudizio; 4) chiarire che il percorso di valutazione è preliminare ad un lavoro terapeutico del genitore.

Un contesto favorevole alla recuperabilità ha bisogno che le azioni che intraprendiamo, anche se apparentemente marginali, facciano perno attorno a questi quattro elementi evidenziati: l'*atteggiamento non neutrale*, il *rigore metodologico*, l'*orientamento inclusivo* e la *chiarezza*. Definita e attuata questa fase, si è compiuta una parte fondamentale, nel vero senso della parola, al processo che segue. Nella pratica, un percorso di valutazione della recuperabilità non dovrebbe differire, se non per quanto detto, da un percorso di terapia. Esplicitati i suddetti elementi, sarà perciò cura degli psicologi effettuare il restante lavoro di indagine e restituzione, senza, con questo, minimizzare le responsabilità proprie dell'assistente sociale rispetto al monitoraggio e alla continua collaborazione e gestione della rete dei professionisti. Tuttavia, si ritiene opportuno rimandare il lettore ad una letteratura più specifica l'approfondimento delle competenze propriamente psicoterapeutiche, quali l'uso del materiale in seduta, le convocazioni, le tecniche e quant'altro faccia parte dell'esclusivo bagaglio di terapia psicologica⁴⁴.

⁴⁴ Solo per citarne alcuni:

Cancrini L., *Hurt Children and adult mental disorder: the crucial role of systemic family therapy*, Journal of Family Psychotherapy, vo. 17 (3/4) 2006; U. Sabatello, R. Di Cori, *Diagnosi e terapia del bambino maltrattato*, in: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1994, Vol. 61: 209-219; U. Sabatello, R. Di Cori, *L'abuso psicologico: considerazioni teorico-cliniche*, in: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 1994, Vol. 61: 557-568; C. Foti (a cura di), *L'ascolto dell'abuso e l'abuso nell'ascolto*, Franco Angeli, Milano 2003; W. N. Friedrich, *Psychotherapy of sexually abused children and their family*, Norton &C., New York, 1990; M. Malacrea, *La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'esperienza clinica*, in: *Connessioni*, VIII (14), 81-100, 2004.

2.4 La prognosi e il trattamento

La fase che riguarda il processo prognostico e la presa in carico terapeutica post-valutazione, contrariamente a quanto erroneamente si possa pensare, coinvolge anche l'assistente sociale (come abbiamo visto, tutti i contesti attraversati dagli utenti presentano spazi di modificazione positiva attraverso il suo ruolo). Innanzitutto, poiché si è visto (e si vedrà) che è indispensabile il lavoro di équipe in maniera multidisciplinare, e, in seconda istanza, perché, nel passaggio da un'ottica di valutazione ad un'ottica di trattamento, gli elementi da tenere in considerazione per la recuperabilità del genitore sono tanti e diversi.

La valutazione della recuperabilità rappresenta la cerniera di tutto il processo che stiamo descrivendo. Essa permette all'équipe intera di fornire una prognosi, che, redatta dal terapeuta e supervisionata in équipe, fornirà al Giudice gli elementi necessari alle decisioni da prendere. Tuttavia, dopo mesi di valutazione non sarà sufficiente trovarsi intorno ad un tavolo e decidere se quel genitore è recuperabile o meno. Occorrerà mantenere il già avviato (nella valutazione) rigore scientifico, pur consci della sua parzialità. Tuttavia, diversamente da quanto abbiamo fatto con l'accertamento del danno attraverso gli indicatori del maltrattamento, la prognosi presenta una natura diversa:

(...) l'indicatore prognostico è il risultato di un'interazione tra il maltrattante e l'operatore. (...) la prognosi comprende noi stessi. Questo vuol dire che, estremizzando, una coppia di genitori maltrattanti può risultare irrecuperabile per un valutatore e recuperabile per un altro, non perché uno dei due abbia sbagliato a formulare la diagnosi sulla famiglia, ma perché i due si sono associati alla famiglia, nel processo di presa in carico, con preparazione, strumenti, stati d'animo, competenze del tutto dissimili.⁴⁵

Questa relatività del rigore scientifico costringe il servizio di valutazione a considerare gli indicatori di recuperabilità solo in senso astratto. La prognosi

⁴⁵ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p.179.

dipenderà non tanto dalla recuperabilità in senso assoluto, ma sarà relativa a “come la famiglia risponde al nostro intervento”⁴⁶. Perciò, la domanda che farà da sfondo alla prognosi non sarà tanto: *questi genitori sono recuperabili?*, quanto piuttosto: *possiamo noi, date le nostre risorse e le nostre mancanze, recuperare questi genitori?*. La differenza formale è poca, quella sostanziale è, invece, di forte rilievo.

Data questa premessa, veniamo agli elementi che servono alla prognosi, da tenere in considerazione durante le riunioni di équipe finalizzate alla stesura della relazione conclusiva della valutazione (è di vitale importanza assicurarsi di utilizzare tutti i livelli di supervisione previsti, per fare in modo che l’osservazione diretta della relazione non sia condizionata dallo sguardo relativo e “affezionato” del terapeuta). Essendo già interrotto il danno subito dal minore, e non potendo osservare, in una condizione di ordinaria quotidianità, i presupposti comportamentali dei genitori, il lavoro di valutazione prognostica va inizialmente fondato a partire da alcuni elementi indiretti⁴⁷:

- Il *riconoscimento*, inteso come abbattimento della negazione (che sia negazione dei fatti, della consapevolezza, della responsabilità o dell’impatto), il cui raggiungimento rende “meno probabile la ripetizione del comportamento inadeguato”⁴⁸, per via di un maggiore senso empatico nei confronti della sofferenza dei figli. “L’azione maltrattante diventa egodistonica e affiora il senso di colpa, con un evidente effetto di diminuire il rischio di recidiva”⁴⁹.
- La *produzione di ipotesi eziopatogenetiche dell’utente*, vale a dire una espressa ricostruzione di senso delle cause personali che hanno portato alla condotta maltrattante. “Non dobbiamo immaginarci, per carità, un discorso tecnico e astratto: frasi semplici, che mostrano l’acquisizione di un pensiero e di un’affettività nuovi”⁵⁰.

⁴⁶ *Ivi*, p. 180.

⁴⁷ Cfr. S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit.

⁴⁸ *Ivi*, p. 181.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ivi*, p. 183.

Questi due elementi, basati l'uno su uno sviluppo della propria capacità empatica, l'altra su una maggiore consapevolezza autobiografica, rappresentano, insieme all'interruzione del danno, la trattabilità del genitore, che, secondo la letteratura, è uno dei pilastri della prognosi di recuperabilità. L'altro pilastro è l' "alleanza terapeutica", che dev'essere garantita dalla presenza di un *clima disteso e collaborativo* e la certezza di una *fiduciaria relazione reciproca tra i genitori e il servizio*.

Questi quattro elementi, il *riconoscimento*, la *produzione di ipotesi eziopatogenetiche*, un *clima disteso e collaborativo*, la *fiduciaria relazione reciproca*, rappresentano gli elementi indiretti necessari ad una prognosi di recuperabilità. Già se uno di questi aspetti appare definitivamente compromesso, il servizio, dopo aver avuto cura di approfondirli con certezza, dovrà ammettere di non essere in grado di svolgere l'aiuto e il sostegno necessario al recupero del genitore maltrattante.

In quest'ultimo caso, ci troviamo di fronte ad una prognosi negativa: non è possibile per il servizio recuperare questi genitori. Accettare la possibile irrecuperabilità è una considerazione che abbiamo posto inizialmente come premessa⁵¹, ed è per questo motivo che, in questa fase, è opportuno non rendere fittizio il doppio incentivo della valutazione, positiva o negativa, che avevamo condiviso in modo trasparente con l'utente. Non è possibile offrire una "seconda possibilità": un giudizio (seppur relativo) di irrecuperabilità rappresenta un dovere a cui sottostare severamente, poiché permette al Giudice di prendere la giusta decisione nell'interesse del minore.

Ma quello che gli operatori debbono comunque fortemente considerare è che l'adozione non è una punizione per un fatto o un reato (maltrattamento, trascuratezza), ma è una misura di tutela del minore, allorché nessuno se ne può occupare adeguatamente.⁵²

⁵¹ Cfr. paragrafo 1.4

⁵² S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 187.

L'altro versante, quello di una prognosi positiva di recuperabilità, pur contemplando un impatto emotivo minore e una più bassa presenza di identificazioni con la famiglia rispetto all'esito negativo, presenta le sue complessità, che vanno gestite con attenzione metodologica e relazionale.

Le modificazioni comportamentali riscontrate in valutazione saranno presentate al giudice attraverso una relazione, scritta dal terapeuta ma passata al vaglio dell'intera équipe. In essa, oltre a evidenziare quanto suddetto in merito agli elementi della trattabilità e dell'alleanza terapeutica, si chiederà l'attenuazione della misura di protezione (o il prolungamento nei casi dove la protezione non prevedeva un allontanamento) e l'inizio di un percorso terapeutico per i genitori.

La relazione sarà redatta tenendo conto di alcuni accorgimenti fondamentali nell'ottica del rafforzamento della relazione con l'utenza (ciò dovrebbe valere anche per le relazioni dal parere negativo). Innanzitutto, il linguaggio dovrà essere formale, ma tuttavia semplice e privo di tecnicismi. Il destinatario, infatti, non è soltanto il Giudice, ma anche la stessa famiglia, a cui l'équipe avrà cura di leggere quanto scritto e inviato. Questa operazione, oltre a far fede al principio della "doppia trasparenza"⁵³, permette sia di mantenere chiaro all'utenza l'ambivalenza di controllo e di aiuto implicito al servizio sia di restituire fedelmente la storia personale e familiare, rispettando la complessità dei propri vissuti.

Ciò fa sì che la relazione al Tribunale assuma anche il carattere di un rafforzamento dell'intervento clinico fino ad allora svolto: per persone che spesso si vivono desolatamente anonime, senza storia, il fatto che le loro vicende personali e familiari siano state minuziosamente raccolte dal valutatore e da questi raccontate dettagliatamente a un giudice assume spesso una grande importanza.⁵⁴

Inoltre, va detto che una relazione al giudice deve necessariamente contenere le motivazioni che hanno condotto al parere valutativo, tenendo conto non soltanto

⁵³ *Ivi*, p. 96.

⁵⁴ *Ivi*, p. 221.

della storia familiare, ma anche della storia del rapporto tra la famiglia e il servizio.

(...) la relazione che inviamo è ben lontana dall'essere oggettiva e neutrale: è il resoconto dello sforzo clinico degli operatori e la comunicazione alla magistratura della disponibilità a trattare i genitori, o della rassegnazione al fallimento.⁵⁵

In conclusione, si può ora far luce su alcuni elementi del trattamento. Ovviamente, esso prenderà vita quando il giudice si pronuncerà dando parere positivo alla recuperabilità. Il tribunale, infatti, avrà cura di indicare, tenendo conto del suggerimento di tutti i servizi coinvolti, le nuove misure di protezione, il collocamento e i tempi di svolgimento del trattamento.

Dati questi provvedimenti, nel caso di una prescrizione di terapia presso lo stesso servizio specialistico di valutazione (augurabile ma molto probabile, se il servizio di valutazione ha svolto bene il suo mandato, e altrettanto bene ha relazionato), si comincerà con il processo terapeutico. I giudici sanno che, se gli aspetti di alleanza terapeutica sono emersi chiaramente nel resoconto riportatogli, sarebbe controproducente cambiare servizio per questa fase finale della recuperabilità. La continuità tra valutazione e terapia è decisiva, anche se, erroneamente, potremmo essere portati a pensare che chi ricopre il compito di valutare abbia un ruolo di controllo e giudizio tale da non poter aver costruito un rapporto di fiducia con l'utenza.

Questa critica è condivisibile su di un piano astratto, ma nel concreto trascura che stiamo parlando di utenti non motivati, che non hanno domandato, né mai domanderebbero, una terapia, e che la sfida che il valutatore raccoglie, e qualche volta vince, consiste proprio nel far sorgere una motivazione a ricevere un aiuto: ora, tale motivazione non

⁵⁵ *Ivi*, p. 222.

nasce nel vuoto, bensì *all'interno di una relazione*, una relazione di alleanza e di fiducia tra persone (...).⁵⁶

L'alleanza terapeutica è uno degli elementi necessari alla trattabilità terapeutica, e, per questo motivo, non soltanto è contraddittorio cambiare servizio, ma è anche controproducente incorrere in un cambio di terapeuta. Il terapeuta, nelle vesti di valutatore, ha creato una motivazione all'aiuto, non nel "vuoto", ma attraverso una relazione reciproca che va delicatamente conservata. Per questo motivo, la presa in carico presso un servizio che si occupa di valutazione e trattamento non dovrebbe mai essere decisa in questa fase di prognosi, ma preventivata tra l'indagine e la valutazione.

Infine, se il lavoro di terapia verrà condotto similmente a quanto già fatto nel processo valutativo, è necessario aver cura di alcuni accorgimenti tecnici dovuti al cambiamento di contesto, che, pur mantenendosi coatto, presenta ora motivazioni diverse.

Il primo è il *passaggio di tutta la rete da un'ottica di valutazione ad un'ottica di sostegno*. Questo comporta che tutta la rete sia consapevole delle scelte fatte e delle prescrizioni ricevute; che essa interamente porti avanti il progetto con convinzione ed entusiasmo, senza ripensamenti troppo frettolosi (e perciò senza un carico eccessivo di aspettative); che, benché accettando le oscillazioni tra progressi e regressi che una terapia comporta, essa sia consapevole che la prognosi può essere stata sbagliata.

Il secondo è *presa in considerazione del materiale di chi esercita il controllo* (educatori, famiglia affidataria, insegnanti, medici ecc.). Sebbene si possa pensare che, a questo punto, il controllo sia finito, non è così. I genitori sono pur sempre pazienti disturbati e possono continuare a nasconderci alcune cose. L'ottica è di sostegno, ma il controllo non può cessare definitivamente (e ciò dev'essere chiaro anche agli stessi genitori).

⁵⁶ *Ivi*, p. 239.

Dati questi due elementi tecnici, si seguirà la famiglia nel suo percorso di recupero, avendo cura di segnalare i miglioramenti o i peggioramenti significativi alle autorità competenti.

Forse non saremmo riusciti a soddisfare il proprio piacere professionale di vedere un genitore recuperato, ma di sicuro avremmo ottemperato sia al dovere di rispettare il diritto del bambino ad essere curato ed educato sia a quello di costruire un contesto positivo, di fiducia, per il genitore, nella speranza che il minore veda, oltre che interrotto il danno nei suoi confronti, il proseguimento (modificato) del proprio legame con i suoi genitori naturali.

Capitolo terzo

L'organizzazione "specialistica" tra complessità ed efficacia

E il bambino? Trotterella maldestramente con il suo manuale scolastico, la sua palla, la sua bambola. Intuisce che sopra alla sua testa, senza che lui vi partecipi in alcun modo, accadono cose importanti che decidono della sua felicità o delle sue pene, delle punizioni o delle ricompense, e che sono più forti di ogni resistenza.

Il fiore annuncia il frutto; il pulcino sarà un giorno la gallina che cova; la giovenca, prima o poi, ci darà del latte. Per ora richiedono molte cure e spese, la preoccupazione non manca mai: sopravvivrà, non ci deluderà? La gioventù è motivo di preoccupazione; bisogna attendere così a lungo! Diventerà forse il sostegno della nostra vecchiaia, ci ricompenserà oltre ogni attesa... Tuttavia non c'è vita senza siccità, gelo e acquazzoni di primavera, distruttori di raccolta.

(Janusz Korczak)

In questo terzo e ultimo capitolo, sarà nostra cura affrontare la questione dell'organizzazione, provando ad analizzare alcuni strumenti di lavoro, in uso sempre maggiore all'interno dei servizi pubblici e privati, ma non ancora totalmente affermati. Di fronte alla deriva medicalizzante dei disagi di minori (e dei loro adulti), e alla complessità dell'ascolto della sofferenza, si tenterà di delineare alcuni orientamenti organizzativi utili a tutti i servizi che hanno a che fare con l'abuso e il maltrattamento. La sperimentazione e il consolidamento di nuove pratiche di lavoro multiprofessionale possono infatti rappresentare elementi decisivi al trattamento del genitore e del minore.

3.1. L'ascolto multifocale di un disagio complesso

Come abbiamo già visto parlando della vigilanza e della prevenzione primaria, la società civile tutta, ma soprattutto i professionisti del lavoro sociale, è vittima di una sottovalutazione culturale del problema del maltrattamento. Così, è di facile deduzione comprendere il motivo per cui questo fenomeno, così complesso e delicato, venga, ad un livello di concezione collettiva, superficialmente esaminato con gli strumenti parziali della demonizzazione dei personaggi coinvolti e la

catalogazione “medicalizzante” dei comportamenti e, di conseguenza, delle persone. Senza voler scavalcare l’ambito delle psichiatria e delle patologie ad essa connesse (e di cui la competenza e la materia non è qui in discussione), il disagio psichico rilevabile all’interno delle famiglie problematiche ha necessità di essere “ascoltato” intrecciando (bene) competenze sociali e psicodiagnostiche, per non svincolare nell’infausta semplificazione delle problematiche dei singoli e del sistema. L’ottica sistemico-relazionale, da un punto di vista di trattamento di queste famiglie, ha solcato nuove vie di organizzazione dell’ascolto, a cui qui cerchiamo di ispirarsi e dare voce.

Nell’approccio ai casi di maltrattamento, il modello di intervento che abbiamo adottato focalizza l’attenzione, sia in fase di diagnosi che di terapia, sulle articolate e complesse dinamiche familiari che sono sottese alla violenza, più che sulle problematiche individuali. L’équipe del Centro ha maturato la convinzione che le manifestazioni di trascuratezza, di violenza fisica o di abuso sessuale siano il segno di una patologia che investe il funzionamento globale della famiglia. Coerentemente con tale presupposto, l’obiettivo che cerchiamo di perseguire non è solo quello di comprendere le ragioni dell’abuso, ma di modificare i pattern disfunzionali su cui la violenza si radica per mettere la famiglia in condizione di recuperare le proprie funzioni di allevamento dei figli.¹

Ciò intendiamo evidenziare è l’importanza, nei servizi che si occupano di maltrattamento e abuso, di fornirsi di strumenti osservativi che possono leggere, interpretare e intervenire nella direzione dell’interruzione del disagio, con il più basso (anche se ineludibile totalmente) margine di errore. E soprattutto, nell’ambito di una presa in carico familiare che non si concentri solamente su interruzione del danno-protezione del minore-sostegno del maltrattato, avere come priorità l’intervento sull’intero organismo della famiglia, offrendo così un

¹ S. Cirillo, *La famiglia maltrattante*, op. cit., p. XXV.

contesto positivo di recuperabilità genitoriale attraverso il trattamento e la cura delle dinamiche disfunzionali.

La violenza familiare continua, spesso, a essere investita del paralizzante stereotipo che la configura come evento quasi esclusivamente connesso alla devianza tipica di ambienti socialmente e culturalmente deprivati, le cui conseguenze psicopatologiche sono magari intuibili, ma scarsamente definite. Certamente la scarsità di studi di follow-up capaci di documentare l'effetto a lungo termine dell'abuso, unitamente alla difficoltà di comparare tra loro violenze differenti per tipo, frequenza e durata, possono, in parte, spiegare la cautela nel riconoscere più esplicitamente a tali eventi tutto il loro potenziale patogeno. Oltre a questa ragione, Bolwby (1984) ne mette in evidenza un'altra: precisamente la propensione di certi settori della psicoanalisi classica a rifiutare o a minimizzare il peso esercitato dalle reali esperienze subite nell'infanzia – e quindi anche di quelle di violenza intrafamiliare – quali fattori eziologici in psichiatria.²

Il riduzionismo medico-biologico è una trappola da cui si devono guardare psicoterapeuti e non. L'attribuzione semplicistica dei disturbi al cattivo funzionamento della mente è infatti fuorviante e pericolosa. Piuttosto, ciò che l'esperienza dei Centri Specialistici, come il CbM di Milano e il Centro Aiuto di Roma, ci suggerisce è che certi disturbi segnalati dai minori possono essere segnali di traumi subiti o di forme di forte trascuratezza da parte delle figure di riferimento. Ciò non vale solo per i minori, ma anche per gli adulti: i loro “segnali d'aiuto” possono manifestarsi attraverso fenomeni depressivi, ansia, insonnia, dipendenza da sostanze o disturbi di personalità. Per entrambi (nell'interesse del minore) è opportuno accogliere una prospettiva più profonda e “ricostruire con cura la storia dello sviluppo affettivo del bambino, alla ricerca delle connessioni

² *Ivi*, p. XXVII.

che sempre esistono, se il disturbo è psichico, tra i fatti della vita e l'sos che ci invia”³.

L'impressione mia è che... questo è un dibattito che adesso è molto forte, sul tema delle D.S.A. [Difficoltà Specifiche dell'Apprendimento]⁴, che è un tema così di moda, che arriva tante volte nella discussione... ed è chiaro che il mio è un punto di vista, ma questo punto di vista ho, e questo posso darvi: ed è che il bambino, nelle elementari, e ancora nelle medie... dopo le cose cambiano un po'... ma, nelle elementari e nelle medie, come dire, le competenze cognitive del bambino sono X e vengono esercitate al 50 per cento o al 120 per cento molto a seconda di come sta. E il suo “come sta” dipendono da fattori che riguardano soprattutto la sua vita familiare, il suo rapporto, in quel momento, con le figure importanti, e così via.. (...)

Allora io su questo, una cosa vi inviterei tantissimo a fare sempre... è riflettere bene sulla cronologia delle difficoltà, perché, per esempio, il bambino che ha un deficit d'attenzione, che poi ora sono uno su 100 di quelli che vengono diagnosticati così, vi dimostrerà una difficoltà fin dalla scuola materna sempre... sempre stabile. La stabilità della difficoltà, nonostante i vari tentativi che vengono fatti, è un elemento... poi può essere anche stabile la nuvola, per carità, però... se invece quel bambino fino a un anno fa andava bene, allora voi già da questo potete escluderla... la difficoltà specifica. La DSA, se uno andava bene in terza e poi va male in quarta, non ci può essere, non so come dire... e questo già screma enormemente. Allora il disegno, l'osservazione del gioco, la situazione... (...)

L'altra cosa, secondo me, molto importante è che, laddove c'è una difficoltà, la chiacchera con i genitori va fatta in modo molto... molto paziente... io credo che per esempio... con la mamma da sola se è più facile questo; mamma e papà insieme se... se è possibile, no?... Sedersi, prendersi mezz'ora, quaranta minuti e dire: “ma com'è nato?”... Per esempio tante volte ci sono problemi di maturità, che sono degli aspetti che poi hanno un'incidenza: “è stato prematuro”, “non è stato prematuro”, i tempi dello sviluppo, “com'è stato”, “ma come l'avete visto questo bambino voi”... per dimostrare interesse al loro lavoro quotidiano con i bambini, al loro lavoro educativo. Per far sentire loro che voi siete in equipe con loro. Non è che loro ve lo portano, voi ve ne occupate e poi glielo ridate, no? Che... questo vi dà

³ L. Cancrini, *Prefazione*, p. XII, in: R. Mazza, *Terapie imperfette*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2016.

⁴ N.d.R., d'ora in poi DSA.

pure molte informazioni... anche qui in termini di cronologia: le difficoltà iniziano a un certo punto, oppure, in casi di problemi più importanti, che in effetti ci son sempre stati... e ci saranno, rispetto alla cronologia, ci saranno... le separazioni, ci saranno le depressioni post partum, ci saranno... le morti dei nonni... insomma, gli elementi che possono avere inciso, diciamo. Questa conversazione fatta con i genitori, che li valorizza, anche vi aiuta in quella... come dire... de-drammatizzazione del disturbo, diciamo... in quella de- designazione: non è il bambino che è in difficoltà, è la situazione complessa, per cui è difficile... La formula in cui si può riassumere è questa: il bambino riesce ad utilizzare le sue competenze se sta bene, se la situazione glielo permette.⁵

Un ascolto attento, non riduzionista, del disagio dei bambini e degli adulti, in chi si occupa di violenza familiare, è imprescindibile per confrontarsi con la complessità (non la complicatezza) dei fenomeni di maltrattamento e abuso e salvaguardare i diritti del minore di essere educato, protetto, curato, e, allo stesso tempo, di viverli in continuità, nel caso sia possibile, con i propri genitori naturali. In altre parole, direbbe Korczak, il diritto di essere rispettato⁶.

Il pensiero complesso è consapevole in partenza dell'impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l'impossibilità, anche teorica, dell'onniscienza. Riconoscimento di un principio di incompletezza e di incertezza. Il pensiero complesso è animato da una tensione permanente tra l'aspirazione a un sapere non parcellizzato, non settoriale, non riduttivo, e il riconoscimento dell'incompletezza e della incompletezza di ogni conoscenza. Questa tensione ha animato tutta la mia vita... per tutta la vita... ho sempre aspirato a un pensiero multidimensionale. (...) Ho sempre sentito che alcune verità profonde, antagoniste tra loro, erano per me complementari, senza smettere di essere antagoniste.⁷

Il modello teorico di riferimento sfiora, in questa definizione, la sua essenza di anti-modello teorico. Ma perché fare riferimento, in questo ambito di ricerca, ad

⁵ Appendice 2: Frammento di una supervisione di Luigi Cancrini.

⁶ Cfr. J. Korczak, *il diritto di essere rispettato*, Luni Editrice, Milano 2004.

⁷ E. Morin, *Introduzione al pensiero complesso*, trad. it. Sperling & Kupfer, Milano 1993, p. 3.

una concezione che supera anche i confini dell'ottica sistemico-relazionale e che si propone come "sguardo" epistemologico attraverso cui tutto è parzialmente conoscibile, sebbene non sia mai totalmente riducibile alla conoscenza dell'osservatore? Il motivo è propriamente epistemologico. Dovendo trattare di metodologie del lavoro sociale per ciò che concerne la violenza in famiglia (un sistema complesso per eccellenza), il "pensiero multidimensionale"⁸ moriniano può rappresentare un innovativo "paradigma"⁹ di conoscenza, il quale "ben si adatta alla prospettiva bio-psico-sociale che utilizziamo per leggere i casi"¹⁰. Un pensiero complesso è, infatti, caratterizzato dalla capacità di spostarsi, in maniera multifocale, "dal tutto alle parti e dalle parti al tutto"¹¹; considera il singolo (per il nostro oggetto, un minore o un adulto) come portatore di un valore unico, irriducibile, singolare e specifico (elemento che le teorie sistemiche sottovalutano), ma anche parte di un organismo d'insieme le cui relazioni apportano "un'amplificazione, un plusvalore, un significato nuovo"¹² al singolo e all'intero sistema.

Tuttavia le teorie della complessità, per definizione antiriduzionistiche (connettono elementi apparentemente diversi e lontani nei tempi e nei luoghi), sono un'aspirazione della mente, difficilmente traducibili metodologicamente (o nella realtà o operativamente). Le teorie servono per pensare – scriveva Bateson –, non per essere applicati agli organismi viventi.¹³

Per questo motivo, i servizi sociali pubblici e/o convenzionati che si occupano di tutela minorile dovrebbero fornirsi di strumenti organizzativi che rendano possibile la coesistenza e la valorizzazione di più competenze professionali, e che facilitino l'applicazione di un paradigma multidimensionale d'osservazione e di

⁸ *Ibidem*.

⁹ Il riferimento è al concetto di paradigma kuhniano. Cfr. T. S. Kuhn, *The structure of Scientific Revolutions*, pressed in the University of Chicago, Chicago 1962, trad. it, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009.

¹⁰ R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 61.

¹¹ Cfr. E. Morin, *Introduzione al pensiero complesso*, op. cit.

¹² R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 62.

¹³ *Ivi*, p. 63.

interpretazione. In altre parole, per rispondere al diritto di cura dei bambini e delle loro famiglie, è opportuno mettere in pratica un agire responsivo basato, in un solo tempo, sul superamento della catalogazione riduzionistica delle dinamiche disfunzionali al cattivo funzionamento del cervello (figlia del riduzionismo della dimensione lineare tra causa ed effetto) e sull'attivazione di un'osservazione multifocale, che sappia riconoscere i fenomeni di disagio psichico come segnali di malessere provocato da episodi traumatici e/o da forme di particolare trascuratezza dovuti a qualche carenza del complesso sistema-famiglia.

3.2 Un lavoro d'équipe

Nei servizi che si occupano di maltrattamento e abuso sui minorenni, le sfere professionali sono molteplici: possono essere coinvolti, e molto spesso lo sono anche contemporaneamente, gli aspetti sociali, educativi, psicologici, psichiatrici, sanitari e scolastici. È indubbia la necessità, in favore dell'efficacia dell'intervento, di saper cogliere ogni competenza specifica come una risorsa e di "darsi metodo" per far in modo che queste diano una forma e un contenuto scientifico al processo d'aiuto verso il minore e verso i suoi genitori.

L'importanza del lavoro di équipe e della supervisione si evidenzia in particolar modo quando si interviene in situazioni di maltrattamento e abuso dei minori, dove è necessario un modello operativo interdisciplinare, che coniughi la terapia dei genitori con la tutela del minore. (...)

Operazioni che richiedono professionalità, ma anche coraggio. È scontato che ciascuna di queste operazioni necessiti di più operatori con diverse professionalità, l'assistente sociale e il neuropsichiatra infantile, l'educatore e lo psicologo o lo psichiatra. Insomma, è quasi banale osservare quanto sia imprescindibile lavorare in gruppo. Chi si

occuperà della valutazione, chi della cura, chi della protezione (una comunità, una famiglia affidataria, un sostegno a domicilio ecc.), che delle relazioni con i tribunali, chi del bambino e chi della famiglia.

Si tratta di interventi estremamente complesso che se affrontati in modo settoriale falliscono miseramente. (...) il successo di una barca in regata non dipende solo da un elemento, lo scafo o il timoniere, ma da un sistema di connessioni.¹⁴

Un gruppo di lavoro costituito come suddetto permette di ampliare il raggio di osservazione e la qualità dell'intervento in maniera esponenziale. Un'équipe ha infatti imprescindibilmente un'essenza autocorrettiva ed autoformativa tale da facilitare la compensazione di eventuali carenze o inesperienza dei singoli e "l'attivazione di maggiori risorse nell'articolazione degli interventi di aiuto"¹⁵. La cooperazione di diverse competenze permette la riduzione dei tempi dell'intervento, ma soprattutto aumenta la portata creativa e proattiva di risoluzione delle problematiche.

I carichi di utenza assegnati ad ogni assistente sociale, come anche psichiatra e psicologo non permettono di dedicare ad ogni situazione molto tempo... l'unica via è ottimizzare il tempo spendendolo in azioni fortemente efficaci. Riunire la rete, chiarire l'aiuto da dare, definire i diversi ruoli per poi ognuno indipendentemente, ma in raccordo: fare il proprio lavoro moltiplica l'efficacia della presa in carico e degli interventi. Importanti esperienze condotte all'estero e l'esperienza trentennale di Roma ci insegnano che due ore in una riunione che coinvolge tutti gli operatori coinvolti su un caso rende molto più efficace l'aiuto dato e alleggerisce l'assistente sociale successivamente di una miriade di contatti e problematiche.¹⁶

Come detto (lo ribadiamo senza reticenza alcuna), il lavoro sociale da intraprendere con una famiglia coinvolge necessariamente più competenze, soprattutto quando abbiamo a che fare con famiglie maltrattanti, abusanti, non protettive, trascuranti, dove, di solito, la devianza comportamentale dei genitori

¹⁴ *Ivi*, p. 14.

¹⁵ R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 26.

¹⁶ Appendice 3: Intervista a Lisa Petrucci.

deriva da una precedente esperienza di sofferenza, che solitamente vede coinvolte più figure della rete familiare. Ne citiamo solo alcune: i genitori dei genitori, le loro sorelle e i loro fratelli, gli ex-mariti e le ex-mogli, e, in alcuni casi, le famiglie affidatarie dove il minore è stato temporaneamente collocato. Perciò, oltre alla presenza di problematicità multiple, alla gravità del danno subito dal minore, all'intensità della negazione del maltrattante, ci troviamo solitamente di fronte anche a famiglie "allargate", o, in ogni caso, alla presenza di tante persone da coinvolgere nel processo di aiuto.

L'area minorile è ovviamente non avvicinabile senza una équipe multidisciplinare che si occupi anche della genitorialità; si pensi alle varie e nuove dipendenze, intrattabili, e non curabili, senza il lavoro sul sistema di relazioni che ruota intorno a esse. Gli operatori avranno bisogno inoltre di schemi teorici interpretativi (...) e modelli di intervento in grado di dare senso alle problematiche osservate. In quest'ottica le dimensioni evolutive della famiglia, i modelli intergenerazionali, la trasmissione della vita psichica possono costituire, insieme a quelli intrapsichici e diagnostici, riferimenti adeguati alla complessità delle situazioni osservate.¹⁷

L'équipe rappresenta uno strumento indispensabile in tutte le fasi degli interventi che riguardano i maltrattamenti e gli abusi, poiché aumenta la potenziale efficacia dell'azione intrapresa. Affermato che essa debba prevedere la presenza collaborante e proattiva di più professionalità, è opportuno cogliere con precisione quali sono le caratteristiche tecnico-professionali tale da renderla strumento efficace nel contrasto e nel recupero di queste situazioni.

L'équipe, di solito formata dal terapeuta, l'assistente sociale e il supervisore, ha il vantaggio di contenere oscillazioni emotive; di rendere l'intervento multidimensionale; di offrire la possibilità di diversi punti di vista. I servizi del territorio si fidano di questa organizzazione e avere più referenti che maneggiano di

¹⁷ R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 27.

diversi linguaggi, quello sociale, quello psicologico, eccetera, rende il confronto più facile e più efficace. Non vedo rischi in un lavoro di équipe ma solo vantaggi.¹⁸

Il C.I.S.M.A.I., nei “Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l’abuso all’infanzia”, sottolinea come, al di là della forma organizzativa (la cui gestione è responsabilità propria di ogni Comune), “un’équipe che si occupi di maltrattamento/abuso sia da considerare un’équipe specialistica in tutte le fasi dell’intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento)”¹⁹. In altre parole, ciò significa che, pur lasciando l’autonomia nella scelta alle singole legislazioni locali, nella costituzione di un’équipe di questo tipo, debba essere superato

il concetto tradizionale di due livelli operativi, in cui il 2° livello (deputato alla valutazione e al trattamento) assuma una funzione di “supervisione” e consulenza nei confronti del 1° livello (deputato alla rilevazione e alla protezione), introducendo competenze che non corrispondono alla specifica esperienza.²⁰

Piuttosto, un’équipe specialistica, quando non sia possibile affidarle tutte le funzioni, dovrebbe essere “impiantata” in un ingranaggio in cui essa sia fortemente coesa con i Servizi nella condivisione dei presupposti e delle procedure di intervento.

Appare quindi più congruo puntare su una differenziazione ed una specializzazione delle diverse funzioni, a prescindere dalle scelte locali se un’équipe debba svolgere tutte le funzioni o se diverse équipe debbano svolgere funzioni diverse. In entrambi i casi va dedicata specifica attenzione a monitorare e prevenire i rischi insiti in ognuna delle due scelte (frammentazione e incoerenza tra le fasi nel caso di

¹⁸ Appendice 1: Intervista a Daniela Cremasco.

¹⁹ C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l’abuso all’infanzia*, op. cit., p. 1.

²⁰ *Ibidem*.

équipe differenti e predominanza di una fase sull'altra e autoreferenzialità nel caso di un'équipe unica).²¹

In questo senso, ciò che risulta determinante affinché la collaborazione tra Enti di natura diversi, specializzati e differenziati nelle funzioni, sia forte ed operosa è la preliminare costituzione di Protocolli d'intesa chiari e condivisi, nei quali andranno specificate le finalità e le funzioni dei soggetti coinvolti ("la validità e l'applicazione dei protocolli quali strumenti di lavori di rete è subordinata al grado di condivisione con cui sono stati elaborati"²²).

Questa visione di lavoro in forte coordinamento non fa ancora parte delle prassi dei servizi che costruiscono valutazioni e interventi assemblando pezzetti specialistici. Un servizio di questo tipo contiene competenze cliniche, ma deve anche avere un assistente sociale che tiene i rapporti con la rete perché va costantemente monitorato l'effetto nelle situazioni di vita degli utenti di quanto affrontato nelle stanze di terapia... e perché, ancor prima, deve costruire un incontro della rete e una logica di lavoro in stretta collaborazione.²³

Il lavoro di équipe può permetterci di raggiungere una doppia finalità: la prima è quella legata ad un ascolto multidisciplinare del disagio dell'utenza in carico (implementato dai diversi livelli di supervisione possibile, il cui approfondimento è rimandato nel capitolo successivo) e alla costruzione di un'alleanza forte e meritevole di fiducia con l'utenza; l'altra è di evitare la frammentazione delle fasi di intervento e di incoraggiare la linearità progressiva della tutela. In particolare, quest'ultima è resa possibile grazie a tre fattori:

1) la costituzione di Protocolli d'intesa che distinguano bene i ruoli e le finalità di ogni soggetto coinvolto ("ove il minore sia in tutela pertanto è importante non distinguere in modo settoriale le due fasi, ma mantenere bene in testa la chiarezza di dove si sta operando"²⁴),

²¹ *Ibidem*.

²² *Ivi*, p. 2.

²³ Appendice 3: Intervista a Lisa Petruzzi.

²⁴ C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, op. cit., p. 2.

2) l'aumento delle specifiche competenze dei professionisti coinvolti in quella specifica fase, ovvero una specializzazione della funzione svolta ("formazione regolare obbligatoria e continua specifica – che deve essere anche congiunta - degli operatori che si occupano a diversi livelli di minorenni vittime di abuso e maltrattamento"²⁵);

3) la presenza della figura dell'assistente sociale anche nei servizi deputati alla valutazione e il trattamento, affinché sia possibile un monitoraggio degli effetti del lavoro sulle altre fasi dell'intervento.

Alla luce di quanto detto, è indubbio che il lavoro di gruppo implichi una messa in discussione del professionista e, talvolta, delle sue granitiche certezze. Lavorare in équipe con altri professionisti comporta necessariamente far proprio il principio dell'incompletezza della conoscenza e aspirare ad un sapere mai parcellizzato, mai riduttivo. Occorre essere operatori vigili delle proprie motivazioni, tensioni e vissuti personali, approcciarsi con l'equilibrio precario dell'incertezza (che è diversa dalla debolezza), ma anche con un forte senso di responsabilità e pragmatismo, per fare in modo i benefici di questa modalità ricadano positivamente sui bambini e sui loro genitori che vogliamo (e dobbiamo) aiutare.

Una professionalità specifica, voglia di approfondire e raccordarsi con altre esperienze italiane e all'esterno, la tendenza a non chiudersi e diventare autoreferenziali, unite alla passione e anche ad un pizzico di intraprendenza. Gli utenti in questi servizi devono sentirsi fortemente presi in carico in una alleanza di aiuto forte e chiara sui punti obiettivo del lavoro. Se la presa in carico è incerta o piena di riserve gli utenti lo sentono e non si affidano, hanno bisogno di sperimentare davvero che il terapeuta ci crede nella possibilità di aiutarli a vedere il problema e provare a cambiare. E' necessario che chi si senta demotivato, scarico, frustrato, o per motivi personali o professionali, non si sente positivo rispetto a questo tipo di lavoro, non faccia parte di questi gruppi perché ne appesantirebbe lo stile di lavoro. E' quindi importante che le persone sappiano monitorare come stanno e la propria motivazione a questo tipo di lavoro e che scelgano di conseguenza.²⁶

²⁵ Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit., p.14.

²⁶ Appendice 3: Intervista a Lisa Petrucci.

3.3 La supervisione e i suoi livelli

In conclusione di questo capitolo, si è voluto dedicare un intero spazio al tema della supervisione, pur consci che questa pratica professionale possa essere compresa nel lavoro d'équipe e negli elementi metodologici del paragrafo precedente. Essendo essa stessa (benché, come vedremo, non solo) uno strumento del lavoro di gruppo, è presente un'ovvia contiguità con gli obiettivi strategici dell'équipe. Tuttavia, la scelta di approfondire questo aspetto è dovuta non solo all'importanza in termini generali (è il motivo per cui, ormai da qualche decennio, è una pratica in continua espansione e diffusione in tanti ambiti professionali), ma soprattutto nei termini specifici della fase di valutazione e di trattamento di situazioni di minori maltrattati e/o abusati: la specializzazione formativa della funzione svolta; l'ascolto complesso del disagio (attraverso l'osservazione dell'interazione tra vissuti degli operatori e quelli degli utenti); l'integrazione della presa in carico.

Innanzitutto,

supervisionare vuol dire etimologicamente “guardare dall’alto” (*super*, “da sopra, dall’alto” e *videre*, “vedere, esaminare”). Avere una panoramica più ampia delle cose consente di osservare un elemento all’interno di un contesto più vasto di relazioni e con una maggior profondità di campo. D'altronde un supervisore non guarda mai soltanto il caso, ma osserva un'*interazione* tra l'osservatore (il terapeuta o l'équipe) e il caso (il paziente, l'utente o la famiglia), includendo anche se stesso nell'oggetto dell'osservazione.²⁷

Nel nostro ambito, di intervento si tratta perciò di avere la possibilità di portare il caso ad un osservatorio più distaccato emotivamente, che permette di comprendere l'interazione tra il professionista e l'utenza. Come evidenzia bene Cancrini²⁸, le famiglie maltrattanti presentano, spesso, disturbi di personalità

²⁷ R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 30.

²⁸ Cfr. L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op.

ric conducibili ad un funzionamento borderline. Perciò, la valutazione e il trattamento di queste personalità rappresentano, per l'operatore, delle pratiche ad un livello emotivo molto alto e coinvolgente, data la capacità alterante (e negante) del senso di realtà.

Il gruppo di lavoro garantisce un costante confronto e supporto reciproco, scambio. Le persone utenti di questo servizio funzionano molto spesso a livello borderline, ovvero con ampio uso interno della scissione come meccanismo di difesa. Questo le porta a scindere i vissuti e a manifestare forti negazioni, rabbie, lamentele e richieste. Coinvolgono le persone che si occupano di loro in reazioni intense di amore e odio, desiderio di aiutare e impotenza, rabbia e pena. Lavorano in un gruppo permette di contenere i vissuti dell'operatore e utilizzarli per capire come funziona l'utente dentro di sé e nelle sue relazioni.²⁹

Se la supervisione, da alcuni anni, è una modalità consueta all'interno dei servizi, tuttavia, prende spesso la forma di una verifica "finalizzata a costruire un metodo di lavoro su specifiche problematiche o su particolari prese in carico"³⁰. Benché questa consuetudine, dal contenuto altamente formativo, sia utile dal punto di vista della vita professionale e dell'emotività ad essa connessa, si rivela, se si presenta come forma unica e inflessibile, insufficiente agli scopi terapeutici della valutazione e al trattamento della recuperabilità. Da un punto di vista metodologico, la supervisione dei casi in carico a questi servizi dovrebbe strutturarsi su vari livelli.

Innanzitutto, un livello di *supervisione diretta*, effettuata attraverso lo specchio unidirezionale. Essa è condotta, in tempo reale, da un terapeuta o da un operatore di pari esperienza. Lo specchio unidirezionale, per quanto possa suscitare i fantasmi dell'interrogatorio poliziesco, è, in realtà, uno strumento molto utile per permettere l'osservazione diretta delle reazioni emotive del terapeuta, pur senza essere fattivamente dentro la stanza (è ovvio che, per eliminare lo spauracchio del "controllo" si debba condividere con gli utenti lo scopo terapeutico preliminarmente al colloquio).

cit.

²⁹ Appendice 3: Intervista a Lisa Petrucci.

³⁰ R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 33.

la supervisione diretta delle sedute cliniche attraverso lo specchio unidirezionale... ha la funzione di supportare il terapeuta, aiutarlo a riconoscere le emozioni che entrano in gioco e a conoscere ciò che di sé si attiva durante il lavoro. L'obiettivo è rendere il lavoro maggiormente efficace, ecco.³¹

Il primo livello, seppur fondamentale, dev'essere accompagnato da un secondo, rappresentato dalla supervisione d'équipe. Essa può realizzarsi sia all'interno di un gruppo di lavoro inter-istituzionale, cioè tra professionisti diversi appartenenti a servizi differenti, sia nell'équipe precostituita del servizio specialistico (la sua composizione dipenderà dagli scopi prestabiliti dal servizio). Una supervisione d'équipe, anche in base alle capacità auto-correttive ed auto-formative del gruppo, può essere guidata oppure soltanto "controllata" da un supervisore esperto. Essa svolge principalmente una doppia funzione: la prima è quella che riguarda l'impatto emotivo e transferale:

Non si può impedire purtroppo che le storie individuali non bene elaborate si fondano con i modelli teorici e formativi prescelti, irrigidendoli, e incidendo non poco nelle relazioni con gli utenti o nelle dinamiche interne al servizio. Non è raro insomma che le storie personali, formative e familiari degli operatori escano dal loro consapevole controllo andandosi a mischiare, sempre terapeuticamente, con quelle degli utenti.³²

In altre parole, la ri-significazione condivisa del senso personale attribuito ai vissuti degli utenti, la quale aumenta la capacità del gruppo di essere, in un tempo, "curato e curante"³³.

La supervisione diviene (...) indispensabile per leggere in modo più corretto le storie affettive ed evolutive degli utenti, ma anche degli operatori, consentendo di dare un senso alle vicissitudini relazionali che le hanno determinate, ma altresì attivare dinamiche di corresponsabilizzazione nel gruppo di lavoro, in modo da facilitare la

³¹ Appendice 3: Intervista a Lisa Petruzzi.

³² R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit., p. 34.

³³ *Ivi*, p.40.

collaborazione interdisciplinare, rendere più realistiche alcune aspettative, ridurre le ripercussioni frustranti sul gruppo di lavoro e producendo altri benefici indiretti dall'aumento della conoscenza interpersonale e da effetti coesivi.³⁴

La seconda è quella, non meno importante, legata al mantenimento dell'“attenzione”³⁵ e dell'“analisi del processo clinico”³⁶; avere cura di intrecciare l'incrocio di sguardi di diverse professionalità e rispettare la complessità della situazione in carico.

Ogni lettura esclusivamente individuale è più limitata e risente del sentire dell'operatore, ogni lettura che esce dal lavoro integrato di più menti coglie sicuramente più aspetti e rende ragione in modo più complesso della situazione in carico. Spesso, se non quasi sempre il tribunale si trova a leggere relazioni descrittive di diversi punti di vista anche in contrasto fra loro se non divergenti: assistente sociale, educatore e psicologo danno letture diverse. Il tribunale fatica a decidere perché si tratta di decidere chi ha ragione e torto. In realtà spesso tutti hanno in parte ragione ma descrivono angolature e letture diverse.³⁷

Questo livello di supervisione è lo strumento più idoneo a scoraggiare il rischio di uno scollamento tra le varie fasi della tutela (solitamente scisse, come abbiamo visto, tra rilevazione/protezione e valutazione/trattamento), permettendo un lavoro inter-istituzionale partecipato e una conseguente restituzione condivisa ai tribunali di competenza.

Manca ai giudici e prima ancora agli assistenti sociali una visione integrata delle cose che inquadri la situazione nella propria complessità, che racchiuda e dia senso a tutto ciò che avviene e che operatori diversi raccontano. E' la conseguenza sui servizi della scissione delle persone di cui i servizi si occupano. Allora tribunali e servizi sociali hanno bisogno di un servizio specialistico che li aiuti a costruire una visione approfondita e integrata delle difficoltà e delle possibili soluzioni.³⁸

³⁴ *Ivi*, p. 41.

³⁵ Appendice 3: Intervista a Lisa Petruzzi.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

Il terzo livello è quello della supervisione indiretta, compiuta da un consulente esterno o un supervisione di livello esperienziale superiore. Solitamente, questo è scelto in base alle affinità del gruppo o alla sua esperienza in un contesto simile a quello in cui lavorano i membri dell'équipe³⁹. È certamente la metodologia più diffusa e utilizzata nei servizi sociali e in altri ambiti professionali. Perciò, si ritiene opportuno soltanto ricordare qui che questa procedura, spesso utilizzata nella supervisione dei casi, oltre a comprendere parte della gestione emotiva e transferale degli operatori, può ricoprire il ruolo di sostenere l'équipe nel continuativo processo di ricerca del proprio ruolo e delle proprie prassi di lavoro. Vista la frammentazione e la debolezza generale di cui parla il Garante nel già citato Documento di Proposta⁴⁰, i servizi che si occupano di tutela minorile, soprattutto nei suoi aspetti di presa in carico curativa e terapeutica, necessitano di essere costituiti, modificati, implementati e aggiornati, non “una volta per tutte”, ma attraverso un processo di ricerca continuativo, e perciò “complesso” e “imperfetto”⁴¹.

La supervisione esterna è di solito fatta da parte di operatori esterni di un altro servizio simile: il nostro servizio si appoggia per questo al Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia di Roma. Luigi Cancrini e due operatori, una assistente sociale e una terapeuta, svolgono con noi attività di supervisione sui casi, sulle prassi, sui processi clinici.⁴²

³⁹ Per approfondimenti sui processi di scelta del supervisore, le sue competenze reali o immaginate dall'équipe e ai fenomeni gruppali di transfert, rimandiamo a cfr. R. Mazza, *Terapie imperfette*, op. cit.

⁴⁰ Cfr. Autorità Garante per l'infanzia e per l'adolescenza, *Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento*, op. cit.

⁴¹ Cfr. Mazza R., *Terapie imperfette*, op. cit.

⁴² Appendice 3: Intervista a Lisa Petruzzi.

Conclusioni

Negli interventi di tutela minorile, pur mantenendo ferma la convinzione che l'interesse prioritario sia proprio quello dell'infanzia, non è sufficiente investire esclusivamente nella salvaguardia del diritto ad essere educati e curati in modo adeguato e responsabile. Tale impiego di risorse e competenze dev'essere accompagnato da un investimento teso alla cura del genitore maltrattante, poiché, come abbiamo visto, non soltanto permette di non far ingiustamente trionfare il "mito del legame di sangue"⁴³, a tutti i costi e a tutte le condizioni (per il minore), ma anche di offrire una possibilità concreta di riconoscere le cause dei propri comportamenti disfunzionali e ri-calibrare il proprio investimento affettivo sui figli.

In questo senso, si è compreso che risulta fondamentale tutelare la relazione con l'utenza fin dalla prima segnalazione del maltrattamento alle autorità competenti. Fin da subito, infatti, è necessario sapersi destreggiare dentro i contesti coatti, che solo erroneamente sono considerati inadeguati al cambiamento. Benché mai semplici, questi stessi contesti possono essere efficaci se, come abbiamo visto, si è fedeli al principio della "doppia trasparenza"⁴⁴, si è chiari nel mandato e si adotta un atteggiamento di ricerca di una motivazione al recupero delle proprie mancanze genitoriali. Più il nostro potere dirigente diventa forte, più è necessario, senza mascherare il proprio ruolo, contro-investire nella fiducia reciproca tra utenza e servizio.

È emerso come investire sulla recuperabilità sia possibile solo se si è capaci di considerare il maltrattante come una persona sofferente, probabile figlia di un'"infanzia infelice"⁴⁵, e perciò portatrice del diritto di essere valutata non in maniera statica, ma attraverso una fotografia dinamica, cioè una valutazione che non tenga in considerazione soltanto le presenti competenze genitoriali, ma si

⁴³ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, op. cit., p. 193.

⁴⁴ *Ivi*, p. 96.

⁴⁵ L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici, viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, op. cit., p. 8.

apra, in maniera multifocale, all'indagine degli scenari possibili, attraverso un'analisi psicodiagnostica.

Abbiamo compreso che il lavoro di rete, se coordinato e motivato, risulta decisivo ad evitare una dannosa frammentazione dei servizi chiamati in causa da un provvedimento giudiziario. La chiarezza rispetto alla gerarchia esistente nei processi decisionali sul minore, unita alla circolarità e alla trasparenza delle informazioni tra le varie professionalità, sono condizione necessaria di una presa in carico integrata, quindi di una “rete che cura”.

Per quanto riguarda la presa in carico, è stata evidenziata l'importanza di mantenere in stretta continuità la valutazione e il trattamento: la prima dev'essere costruita a partire da un'alleanza terapeutica (possibile anche in un contesto coatto), che verrà mantenuta e rafforzata durante la seconda.

Trasversalmente ai vari stadi degli interventi, si è ritenuto necessario portare alla luce alcuni elementi teorici ed epistemologici volti al rispetto della complessità del fenomeno. Innanzitutto si è sottolineata l'importanza dell'adozione di un “pensiero complesso”⁴⁶, non riduttivo, non settoriale e multifocale per tutte le organizzazioni che si occupano di maltrattamento. In questa direzione si è suggerito l'uso dell'équipe e della supervisione come strumento imprescindibile, non soltanto per il mantenimento dell'attenzione al processo clinico e alla traduzione empirica di un pensiero anti-riduzionistico, ma anche per scoraggiare la frammentazione e lo scollamento tra le varie fasi della tutela.

Investire sulla recuperabilità genitoriale risulta così una priorità decisiva per tutti i soggetti o le organizzazioni che hanno a che fare con il maltrattamento, in modo da salvaguardare non tanto il diritto del genitore al mantenimento del legame con il figlio, quanto quello del figlio al mantenimento del legame del genitore.

⁴⁶ Cfr. E. Morin, *Introduzione al pensiero complesso*, op. cit.

Bibliografia

AUTORITÀ GARANTE PER L'INFANZIA E PER L'ADOLESCENZA,
Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti vittime di maltrattamento,
Documento di proposta della Commissione consultiva per la prevenzione e la cura
del maltrattamento sui minorenni, Roma 2015;

BATESON G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1995;

BENASAYAG M., SCHMIT G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano
2004;

BETTELHEIM B., *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli, Milano 2008;

BENJAMIN J., *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni
amorose*, Rosenberg & Sellier, Torino 1991;

BOLWBY J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria
dell'attaccamento*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996;

CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*,
FrancoAngeli, Milano 2012;

CAMBI F., GALANTI M. A., IACONO A. M., PFANNER P., *Apprendimento,
autonomia, complessità*, ETS, Pisa 2007;

CANCRINI L., *La cura delle infanzie infelici viaggio nell'origine dell'oceano
borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013;

C.I.S.M.A.I. e TERRES DES HOMMES (a cura di), *Prima Indagine nazionale
quali-quantitativa sul maltrattamento a danno dei bambini*, <http://cismai.it/wp-content/uploads/2015/02/Dossier_TDH_CISMAI66d8.pdf>, Milano 2013-09-17,
cons. 2016-03-22;

- C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, Roma 2013;
- C.I.S.M.A.I. (a cura di), *Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, Roma 2014;
- CIRILLO S., CIPOLLONI M. V., *L'Assistente Sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994;
- CIRILLO S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005;
- CIRILLO S., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1985
- CIRILLO S. (a cura di), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1990;
- CIRILLO S., DI BLASIO P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1985;
- DI BLASIO P., *Psicologia del Bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna 2000;
- FERRARIO G., *La tutela dei minori e l'affido nel servizio pubblico*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*, FrancoAngeli, Milano 2012;
- GABBANA VASSALLI L., *Può essere andata così*, Eifo, De Agostini, Milano 1989;
- GALANTI M. A., *Sofferenza psichica e pedagogia*, Roma, Carocci 2007;
- GHEZZI D., VADILONGA F., *La tutela del minore, protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996;
- JAMES W., SCHUTZ A., *Le realtà multiple e altri scritti*, ETS, Pisa 2005;

- KLEIN M. (1958), *Alcune considerazioni teoriche sulla vita emotiva del bambino e la prima infanzia* in Id., *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringhieri, Torino 1978;
- KORCZAK J., *Il diritto del bambino al rispetto*, Luni Editrice, Milano 2004;
- KUHN T. S., *The structure of Scientific Revolutions*, pressed in the University of Chicago, Chicago 1962trad. it, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 2009;
- MORIN E., *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano 1993;
- MALACREA M., *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998;
- MAZZA R., *Terapie imperfette*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2016;
- MILLER A., *Il bambino inascoltato*, Bollati Boringhieri, Torino 1989;
- TETTAMANZI M., GAGLIARDI E., *Accogliere per separarsi: dipendenza, autonomia, e conclusione dell'affido*, In: CAM Centro ausiliario per i problemi minorili, *Nuove sfide per l'affido*, FrancoAngeli, Milano 2012;
- WATZLAWICK P. (1981), *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Feltrinelli, Milano 1988;
- WINNICOTT D. W. (1965), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Armando, Roma 1968.

Appendice 1: intervista a Daniela Cremasco⁴⁷

Quale ruolo ha il Centro Aiuto rispetto all'organizzazione generale dei servizi? Come spieghi il ruolo del Centro rispetto a servizi? Essendo un Centro che si occupa di valutazione e trattamento, come si svolge la condivisione delle finalità e delle metodologie per le altre due fasi (rilevazione e protezione)?

Il Centro Aiuto era un centro di secondo livello costituito nel 1998 a Roma, finanziato dal Comune con fondi della legge 285/97 e attivo a livello dipartimentale. Ha sempre lavorato a favore dell'intero territorio del Comune di Roma. Il centro è nato come intervento di contrasto all'abuso e al maltrattamento... è sempre stato contraddistinto da due livelli di intervento. Un livello di formazione, consulenza e sostegno alla rete dei servizi e degli operatori coinvolti sul territorio romano nella tutela dei bambini e della bambini in situazione di rischio e disagio... e un livello di presa in carico di casi particolarmente complessi e difficili sia per valutazioni sia per trattamento.

Attraverso il Centro è stata promossa una cultura del lavoro con i minori e le famiglie basato sull'integrazione fra servizi, sulla presa in carico globale delle situazioni di disagio, sul coinvolgimento a pari titolo e responsabilità di tutti gli attori coinvolti sulle specifiche situazioni prese in carico.

E' stata promossa anche una cultura che ha fatto sì che sempre di più, a livello dei servizi e da parte degli operatori, si sia divenuti consapevoli dei danni arrecati allo sviluppo della persona da maltrattamenti e abusi e si è diffusa sempre di più, anche a livello delle richieste della magistratura, l'idea che una efficace presa tutela dei minori che abbiano difficoltà all'interno dei loro nuclei famigliari sia la valutazione della recuperabilità delle competenze genitoriali. In linea generale, sempre di più gli operatori appaiono consapevoli dell'importanza della cura per quei bambini che sono stati vittima di abuso e violenza.

Dal punto di vista operativo, per molti anni... fino al 2012 più o meno... il centro che è stato nel tempo sempre prorogato e rimesso a bando ha ricevuto incarichi: sia diretti dalla magistratura, sia minorile, sia ordinaria, sia da parte dei servizi pubblici... di solito servizi sociali dei municipi del comune di Roma... a loro volta incaricati di svolgere interventi di protezione. Successivamente a questa data, per motivi legati al cambiamento nelle prassi giudiziarie a livello dei tribunali, e per questioni di natura politica, la presa in carico dei casi è stata possibile solo quando proveniente dai servizi del Municipi... e per gli invii diretti si è costruita una prassi in cui l'incarico veniva condiviso prima con il servizio del territorio e poi portato avanti.

⁴⁷ Daniela Cremasco è assistente sociale del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia, di Roma. Inoltre, essa svolge una periodica supervisione indiretta presso il Centro Crisalide di Pistoia.

Quasi 18 anni di interventi sul territorio hanno reso l'integrazione con i servizi del territorio abbastanza fluida e il livello specialistico da noi incarnato si è sempre relazionato con quello di primo livello. Grazie anche a una condivisione di ogni passaggio della presa in carico dei casi. Alcune difficoltà si sono a volte create nel rapporto con le case famiglia, che spesso avevano ospiti i minori da noi presi in carico, ma le difficoltà erano legate spesso a vecchie ruggini presenti fra i servizi municipali e le strutture.

In linea generale, comunque la capacità di confronto e di integrazione e di ascolto delle opinioni di tutti esercitata attraverso la predisposizione con cadenza regolare di riunioni a cui partecipavano tutti i diversi operatori coinvolti sul caso... e quando presenti anche famiglie adottive e affidatarie... ha reso sempre possibile affrontare divergenze o incomprensioni.

Perché il Centro è strutturato su un'équipe? Quanto è fondamentale e perché? Quali sono i vantaggi da un punto di vista dell'intervento? E da un punto di vista della collaborazione con i servizi? E quali, invece, i rischi?

L'équipe, di solito formata dal terapeuta, l'assistente sociale e il supervisore, ha il vantaggio di contenere oscillazioni emotive, di rendere l'intervento multidimensionale, di offrire la possibilità di diversi punti di vista. I servizi del territorio si fidano di questa organizzazione e avere più referenti che maneggiano di diversi linguaggi, quello sociale, quello psicologico, eccetera, rende il confronto più facile e più efficace. Non vedo rischi in un lavoro di équipe... ecco... ma solo vantaggi.

Perché è necessario un A. S. al Centro? Qual è il tipo di presa in carico che effettuate, visto e considerato che l'A. S. del territorio è comunque la principale responsabile dell'intervento? Quali competenze specifiche pensi debba avere l'A. S. per svolgere un servizio di questo tipo?

Al Centro Aiuto, l'assistente sociale, oltre ad affiancare i colleghi dei servizi invianti spesso affaticati da un carico di lavoro molto pesante, ha anche la capacità di ampliare la prospettiva della lettura sul caso. Il primo ascolto è di solito svolto da lui o lei, che ha la capacità di tenere insieme diversi linguaggi. Quello giuridico, sempre importante che definisce il contesto, quello sociale e dell'intervento dei servizi che spesso seguono delle logiche che possono sfuggire se non sono conosciute di redigere in maniera più ampia le relazioni conclusive del lavoro di valutazione, di supportare e, quando necessario, anche sostituire in determinati passaggi i servizi del territorio effettuando visite domiciliari, accompagnamenti presso casa famiglia, incontri protetti eccetera.

In modo specifico, penso che l'assistente sociale, in questo campo, debba essere ferrata specialmente rispetto ai contesti giuridici e dell'organizzazione, che spesso sfuggono agli psicologi... e abbia la funzione di agire a volte con il principio di realtà perché un po' più esterna

alla presa in carico di tipo clinico. E poi che debba essere in grado di scrivere in maniera chiara a servizi Autorità giudiziarie.

Quali sono le più frequenti incomprensioni o difficoltà con i servizi?

Con i servizi che si occupano degli adulti, come la salute mentale, tossicodipendenze, centri antiviolenza, a volte è far passare l'operatore da una posizione di difesa del proprio utente a una posizione che tenga conto dell'interesse del bambino... e quindi rimettere al centro il minore nell'intervento che viene svolto a favore dei genitori.

Con le case famiglia sono delicati i passaggi in cui vengono prese le decisioni. La sofferenza del bambino a volte è pervasiva e fa funzionare meno bene anche gli operatori... ci vuole molta attenzione perché chi ha visto un bambino arrivare sofferente e non dormire per notti intere piangere e ne ha raccolto le lacrime, ha magari più difficoltà a accettare e a fidarsi del genitore anche se sta facendo un buon percorso nel suo recupero... e tutte queste sfumature vanno attentamente valutate nelle riunioni.

Per quando riguarda i servizi... spesso la cosa più difficile da superare è lo scoraggiamento legato ai carichi di lavoro... che a volte li porta a cercare soluzioni di comodo in cui non si debba troppo litigare o esporsi.

In cosa consiste il lavoro di rete? Qual è l'obiettivo sottointeso di questa pratica? E quali le metodologie?

Più che lavoro di rete a me piace chiamarlo integrazione fra i servizi. È un esercizio faticoso perché prende tempo e spazio emotivo, oltre a richiedere pazienza e capacità di ascolto di tutti, ma che rende molto a livello degli interventi. La base di partenza è che la rete funziona se tutti i presenti si possono confrontare alla pari e se viene ritenuto valido e degno di attenzione ciascun contributo portato da ciascun operatore. Chi lavora in un campo delicato come questo sa che la vicinanza con il dolore rende a volte gli operatori più suscettibili e meno efficaci, ma di questo si è consapevoli, e anche le oscillazioni emotive di ciascuno vengono considerate e accolte nella rete. Questo è possibile perché all'interno del centro è garantita una supervisione costante dei terapeuti...e perché c'è una guida attenta sotto il profilo scientifico che, dando spessore alle decisioni e agli interventi portati avanti, rende possibile anche il riconoscimento del valore del lavoro che viene svolto dal Centro, E' chiaro che essere presenti da 18 anni sul territorio ed essere stato il primo centro ha il suo peso.

Cirillo, quando parla di "atteggiamento non neutrale" suggerisce la ricerca di una motivazione alla valutazione che si sostituisca temporaneamente a quella mancante dei genitori. Come, nella prassi, avete ritradotto questo spirito? In che modo lo fate?

Anche se mi sembra una domanda più prettamente clinica, direi che la metafora che noi usiamo di più è quella della squadra in cui si vince o si perde tutti insieme. Il premio è il benessere del bambino insieme ai suoi genitori. Oppure un mettersi accanto e, per un periodo, che di solito si fissa prima, un condividere e sostenere. C'è poi il lavoro di accesso alle parti ferite di questi genitori... e quindi la riparazione che è dovuta a qual bambino che spesso ancora piange dentro di loro.

Come svolgete il monitoraggio di una situazione?

In molti casi il monitoraggio viene svolto dai servizi... questo avviene specialmente quando si conclude positivamente una valutazione della recuperabilità delle competenze genitoriali e si dispongono invii presso i servizi del territorio per lo svolgimento del supporto terapeutico... questo avviene specialmente quando i mandati sono molto stringenti, quando le valutazioni sono andate male e quindi il minore va in adozione, e anche a volte per la distanza del centro dalla residenza dei minori... Roma è grande. In altri casi... non tantissimi... per gli evidenti limiti di possibilità di presa in carico, si portano a termine i casi e si fanno anche dei follow up.

Quanti e quali sono i livelli di supervisione? Quali obiettivi hanno?

Al Centro, c'è una supervisione scientifica garantita con riunioni di équipe settimanali, tenute dal direttore scientifico, a cui partecipa l'équipe al completo... e in cui vengono discussi i nuovi casi, si fanno gli aggiornamenti degli interventi in corso e si discutono le linee da prendere per la loro conclusione, leggendo anche le relazioni conclusive di ciascun intervento... che vengono tutte approvate dal direttore scientifico.

Poi ci sono tre supervisori che fanno sia supervisione diretta, sia indiretta e che partecipano alle riunioni dei casi più complessi. La supervisione indiretta garantisce il terapeuta dalle forti oscillazioni emotive a cui è inevitabilmente esposto per la tipologia di casi di cui si occupa.

Cosa oggi non funziona nella lotta al maltrattamento e all'abuso? E, quindi, un servizio come il vostro che risposta è in questo senso?

Si lavora con poche risorse... i centri che si occupano di maltrattamento spesso sono inseriti in progetti che devono essere rifinanziati a volte con cadenza annuale, e quindi ci possono essere delle sospensioni e/o dei cambi di operatori nel servizio. Questo è molto penalizzante per un'utenza che ha problemi gravi nel costruire legami di fiducia. I servizi territoriali sono troppo

sovraccarichi di casi e quindi possono dedicare tempi molto ristretti anche a casi gravi... non si fa alcuna prevenzione.

Dal lato delle autorità giudiziarie, i tempi di risposta dei tribunali sono spesso poco compatibili con le esigenze di crescita dei bambini... c'è ancora una differenza abissale fra i grandi centri e la provincia dove la cultura della patogenicità del maltrattamento e dell'abuso è a volte poco riconosciuta. Ci sono ancora molte resistenze a segnalare sospetti di abuso e maltrattamento.

Appendice 2: frammento di una supervisione⁴⁸ di Luigi Cancrini⁴⁹

L'impressione mia è che... questo è un dibattito che adesso è molto forte, sul tema delle D.S.A. [Difficoltà Specifiche dell'Apprendimento, N.d.R., d'ora in poi DSA], che è un tema così di moda, che arriva tante volte nella discussione... ed è chiaro che il mio è un punto di vista, ma questo punto di vista ho, e questo posso darvi: ed è che il bambino, nelle elementari, e ancora nelle medie... dopo le cose cambiano un po'... ma, nelle elementari e nelle medie, come dire, le competenze cognitive del bambino sono X e vengono esercitate al 50 per cento o al 120 per cento molto a seconda di come sta. E il suo "come sta" dipendono da fattori che riguardano soprattutto la sua vita familiare, il suo rapporto, in quel momento, con le figure importanti, e così via. Propongo una piccola situazione recente che abbiamo visto qui: mi chiama un mio caro amico dicendomi che la figlia è preoccupata per il bambino. Il bambino fa la quarta elementare, ed hanno chiamato dalla scuola dicendo che ci sono delle difficoltà per questo bambino e che vorrebbero una valutazione sulla DSA per poter fare il programma differenziato. Eh bè, pensiamo... invece di fare la valutazione sul bambino, vediamo la famiglia, facciamo una chiacchierata con il padre, la madre, la sorella, che è un pochino più grande, e il bambino stesso. Due chiacchiere così... il bambino è molto timido, ma accolto con affetto, sapendo che io conosco il nonno... è facile l'approccio relazionale: parliamo del calcio, del gioco, della scuola calcio. E poi ci separiamo: io parlo con i genitori e la collega con i due bambini si mette lì a chiacchierare e a disegnare. I due genitori mi raccontano di questa situazione complessa che loro stanno vivendo, nei rapporti proprio con questo nonno, che è il papà della mamma, che è un po' il dominus di questa grossa impresa sportiva. Loro lavorano lì, e c'è una grande difficoltà fra questa figlia, l'altra figlia, e la moglie, la seconda moglie, che più o meno ha la stessa età del loro padre. E c'è un turbine di tensione su cui loro si esprimono, su cui ragioniamo, parliamo. Loro hanno fatto qualche tentativo di staccarsi come realizzazione di vita, però il lavoro ce l'hanno lì, no?... tutte queste cose... dopo di che, vado là e la collega mi fa vedere il disegno, che è il disegno della pioggia e questo bambino ha fatto pioggia, pioggia, pioggia, tutti i trattini di pioggia... e poi c'è lui, piccolo piccolo, in un angolino. È una cosa veramente angosciante, no? È quasi un punto lui, e sopra c'è questo turbine: è un'immagine perfetta della situazione che lui sta vivendo. Lui sente tutta questa grande tensione che riguarda tutto il mondo degli adulti.

Una frase che la mamma mi dice è che, dietro tutte queste tensioni che ci sono state, il bambino una volta, qualche settimana prima, ha chiesto alla mamma: "Mamma, ma dove abita il nonno?", e

⁴⁸ Si tratta di un estratto di una supervisione, per gli operatori di un Centro Socio Educativo semi-residenziale, del prof. Luigi Cancrini rispetto all'operato. Nel riportare qui quanto detto, si è omessa la parte relativa alle questioni propriamente educative e quella riguardate i casi subordinati alla Legge sulla privacy.

⁴⁹ Luigi Cancrini è psichiatra, psicoterapeuta e fondatore del Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia, di Roma.

la mamma gli ha risposto: “io l’indirizzo non lo so...”. E lui le ha detto “Mamma, ma com’è possibile che tu non sai l’indirizzo dove abita il nonno?”... Hanno cambiato casa da poco, ma non c’è frequentazione chiaramente in rapporto alle cose che vi ho detto, no?. Tutta questa grande nuvola fa sì che un bambino in quarta elementare ha una fase in cui si parla di DSA, non so come dire, no?

È chiaro che in qualche modo si manifesterà se uno lo sottopone alle varie prove. Probabilmente di più un disturbo dell’attenzione... verrà fuori, no?... nella situazione di questo tipo. Ma se uno sta su questo è difficile che lo aiuti, no?... poi magari le circostanze della vita fanno sì che anche l’uragano si diradi un po’ e lui stia meglio, perché poi anche questo spesso succede spontaneamente, diciamo, oppure no, e allora la curva sarà un po’ verso il basso. Però la verità è che questo bambino, secondo me, sta in una situazione in cui il presentarsi così piccolo indica la sua totale impotenza a fronte della invece potenza e prepotenza del mondo adulto, che non è che è colpevole ma che è “impicciato”, è in difficoltà. Allora io penso che quando voi state con un bambino così, quello che lui vi dimostrerà è una difficoltà di... di starvi a sentire: cioè se voi lo spingete, lui difficilmente combina qualche cosa. Non è che vi vede cattivi perché lo spingete però non vi ascolta. Ecco, quest’immagine può esservi utile, no? Per dirvi che in effetti è come se io dicessi: vado lì alla scrivania, con un libro, e la sollevo... non la sollevo... È troppo pesante, non potete rovesciare, con un interesse didattico, affettivo, una situazione così... così pesante per lui. Allora io penso che qui, invece, nel modo in cui è stata proposta la vostra domanda c’è qualcosa di buono: un ascolto che tenga di conto non solo il verbale... per esempio il disegno: su questo disegno che io vi ho detto si può dire al bambino: “mannaggia, ma come ti ci senti dentro a tutto questo? ma che sta succedendo?” E poi, eventualmente, cercare di fare una chiacchiera con dei genitori, no? Che possono... in questo caso, che è stato facile per varie ragioni, diciamo... però, nella prassi, il bambino che presenta difficoltà, uno dovrebbe dire: “che sta succedendo?”, “Che gli sta succedendo intorno?”, “Che temporale gli sta girando sulla testa?”. Dopo di che voi non è che potete fare la terapia, però il semplice visualizzarlo, parlargli, ragionarci in un modo... che può essere alleviante per il bambino. Per esempio, se i genitori vi chiedono una risposta potete dirgli: “noi non crediamo che lui abbia una difficoltà sua, forse c’è molta tensione intorno?” allora magari la mamma dirà “sì, è colpa di lui, il marito...”, o lui: “sì perché è lei...” ... allora non è che si può tanto risolvere questo, no? Però anche il semplice dare una risposta ragionevole, che non ricade sul bambino, già è un... un po’ d’aiuto, no? Allora io su questo, una cosa vi inviterei tantissimo a fare sempre... è riflettere bene sulla cronologia delle difficoltà, perché, per esempio, il bambino che ha un deficit d’attenzione, che poi ora sono uno su 100 di quelli che vengono diagnosticati così, vi dimostrerà una difficoltà fin dalla scuola materna sempre... sempre stabile. La stabilità della difficoltà, nonostante i vari tentativi che vengono fatti, è un elemento... poi può essere anche stabile la nuvola, per carità, però... se invece quel bambino fino a un anno fa andava bene, allora voi già da questo potete escluderla... la difficoltà specifica. La DSA, se uno andava bene in terza e

poi va male in quarta, non ci può essere, non so come dire... e questo già screma enormemente. Allora il disegno, l'osservazione del gioco, la situazione... io, per esempio, se su un ragazzino ho l'impressione che lui magari potrebbe funzionare più di quello che effettivamente sta funzionando... una situazione un po' più sciolta, un po' più amicale: "andiamo ci a prendere un gelato, facciamo quattro chiacchiere, ma che succede, ma come va?" non so se... Io credo che in una situazione come la vostra dovreste poterlo fare, questo. Dovreste avere dei margini di più di osservazione. Come detto qui, non solo il verbale, ma... cambiare contesti, situazioni, e vedere come si esprime, cosa riporta.... Quest'immagine della pioggia, della nuvola, che in qualche modo rende difficile il funzionamento cognitivo è un'immagine importante, secondo me, per chi fa didattica. È un'immagine importante perché: vi libera la mente dall'idea che sia necessario lo specialista... non so se... questo io penso che sia una cosa proprio metodologica, diciamo... L'altra cosa, secondo me, molto importante è che, laddove c'è una difficoltà, la chiacchera con i genitori va fatta in modo molto... molto paziente... io credo che per esempio... con la mamma da sola se è più facile questo; mamma e papà insieme se... se è possibile, no?... Sedersi, prendersi mezz'ora, quaranta minuti e dire: "ma com'è nato?"... Per esempio tante volte ci sono problemi di maturità, che sono degli aspetti che poi hanno un'incidenza: "è stato prematuro", "non è stato prematuro", i tempi dello sviluppo, "com'è stato", "ma come l'avete visto questo bambino voi"... per dimostrare interesse al loro lavoro quotidiano con i bambini, al loro lavoro educativo. Per far sentire loro che voi siete in equipe con loro. Non è che loro ve lo portano, voi ve ne occupate e poi glielo ridate, no? Che... questo vi dà pure molte informazioni... anche qui in termini di cronologia: le difficoltà iniziano a un certo punto, oppure, in casi di problemi più importanti, che in effetti ci son sempre stati... e ci saranno, rispetto alla cronologia, ci saranno... le separazioni, ci saranno le depressioni post partum, ci saranno... le morti dei nonni... insomma, gli elementi che possono avere inciso, diciamo. Questa conversazione fatta con i genitori, che li valorizza, anche vi aiuta in quella... come dire... de-drammatizzazione del disturbo, diciamo... in quella de-designazione: non è il bambino che è in difficoltà, è la situazione complessa, per cui è difficile... La formula in cui si può riassumere è questa: il bambino riesce ad utilizzare le sue competenze se sta bene, se la situazione glielo permette. Se no, abbassa il livello... e se tu ti metti su quello e glielo diagnostichi come determinato dall'interno, invece che dall'esterno, non fai del bene a nessuno, no?... Fra l'altro anche per i genitori, quando voi gli dite: lui c'ha una DSA, quindi deve fare uno specifico così, voi gli date un bel colpo, no? Che se la cosa è vera va benissimo, (...) però, nella gran parte dei casi questo intervento non è necessario... quella che va riannodata è la situazione più emozionale... questo è quello un po' che, secondo me, è importante.

Appendice 3: intervista a Lisa Petruzzi⁵⁰

Perché il Centro è strutturato su un'équipe? Quanto è fondamentale e perché? Quali sono i vantaggi che si traggono dalla modalità di lavoro di équipe per ciò che riguarda la qualità dell'intervento? E per ciò che riguarda la collaborazione con i servizi? E da un punto di vista psicologico dell'operatore, vista la tua specifica professionalità, quali sono i vantaggi? Quali, invece, sono i rischi?

Il gruppo di lavoro garantisce un costante confronto e supporto reciproco, scambio. Le persone utenti di questo servizio funzionano molto spesso a livello borderline, ovvero con ampio uso interno della scissione come meccanismo di difesa. Questo le porta a scindere i vissuti e a manifestare forti negazioni, rabbie, lamentele e richieste. Coinvolgono le persone che si occupano di loro in reazioni intense di amore e odio, desiderio di aiutare e impotenza, rabbia e pena. Lavorano in un gruppo permette di contenere i vissuti dell'operatore e utilizzarli per capire come funziona l'utente dentro di sé e nelle sue relazioni.

Il lavoro in équipe permette di costruire interventi maggiormente efficaci e di ragionare e confrontarsi circa i processi clinici di cambiamento che si cerca di attivare. Ogni persona se sola è maggiormente in balia del proprio controtransfert, mentre se si sente in un gruppo solidale che la supporta può lavorare con maggiore coraggio ed efficacia attivando meno difese personali.

Il funzionamento di personalità borderline si argina e modifica attraverso un faticoso lavoro di integrazione interna fra parti di sé scisse e tenute distanti... per questo eventi e persone diventano buone e cattive, salvatrici e persecutori cattivi in modo improvviso ed estremo irragionevole... Per fare una lettura ed un intervento integrato è importante che vi siano operatori che integrano le loro visioni della situazione e che producono una lettura integrata che rende ragione delle molte sfaccettature e delle diverse sensibilità. Ogni lettura esclusivamente individuale è più limitata e risente del sentire dell'operatore, ogni lettura che esce dal lavoro integrato di più menti coglie sicuramente più aspetti e rende ragione in modo più complesso della situazione in carico. Spesso, se non quasi sempre il tribunale si trova a leggere relazioni descrittive di diversi punti di vista anche in contrasto fra loro se non divergenti: assistente sociale, educatore e psicologo danno letture diverse. Il tribunale fatica a decidere perché si tratta di decidere chi ha ragione e torto. In realtà spesso tutti hanno in parte ragione ma descrivono angolature e letture diverse. Manca ai giudici e prima ancora agli assistenti sociali una visione integrata delle cose che inquadrano la situazione nella propria complessità, che racchiuda e dia senso a tutto ciò che avviene e che operatori diversi raccontano. E' la conseguenza sui servizi della scissione delle persone di cui i

⁵⁰ Lisa Petruzzi è psicologa, psicoterapeuta e ideatrice del Centro Crisalide di Pistoia.

servizi si occupano. Allora, tribunali e servizi sociali hanno bisogno di un servizio specialistico che li aiuti a costruire una visione approfondita e integrata delle difficoltà e delle possibili soluzioni.

Questa visione di lavoro in forte coordinamento non fa ancora parte delle prassi dei servizi che costruiscono valutazioni e interventi assemblando pezzetti specialistici. Un servizio di questo tipo contiene competenze cliniche, ma deve anche avere un assistente sociale che tiene i rapporti con la rete perché va costantemente monitorato l'effetto nelle situazioni di vita degli utenti di quanto affrontato nelle stanze di terapia... e perché, ancor prima, deve costruire un incontro della rete e una logica di lavoro in stretta collaborazione. Solo convocando tutta la rete è possibile avere una visione utile della situazione, ascoltando le impressioni e il sentire di tutti.

I carichi di utenza assegnati ad ogni assistente sociale, come anche psichiatra e psicologo non permettono di dedicare ad ogni situazione molto tempo... l'unica via è ottimizzare il tempo spendendolo in azioni fortemente efficaci. Riunire la rete, chiarire l'aiuto da dare, definire i diversi ruoli per poi ognuno indipendentemente, ma in raccordo. Fare il proprio lavoro moltiplica l'efficacia della presa in carico e degli interventi. Importanti esperienze condotte all'estero e l'esperienza trentennale di Roma ci insegnano che due ore in una riunione che coinvolge tutti gli operatori coinvolti su un caso rende molto più efficace l'aiuto dato e alleggerisce l'assistente sociale successivamente di una miriade di contatti e problematiche.

I rischi di un lavoro in gruppo dentro ad un centro specialistico vi sono solo se il gruppo di lavoro ha dinamiche disfunzionali. Il gruppo è un gruppo solidale che supporta, se vi sono critiche timori del giudizio, bisogni di affermazione, paure, la dinamica del gruppo assorbe energie e non permette di ottenere la funzione positiva che deve avere. I rischi si realizzano se le persone dell'equipe sono demotivate o non appassionate al caso o frustrate e insoddisfatte. Il vantaggio è che le relazioni escono preparate e firmate dall'equipe coinvolta sul caso (terapeuta, responsabile, supervisore, assistente sociale) a garanzia di una alta integrazione del lavoro.

Quindi, quali sono gli ingredienti fondamentali per una buona équipe?

Una professionalità specifica, voglia di approfondire e raccordarsi con altre esperienze italiane e all'esterno, la tendenza a non chiudersi e diventare autoreferenziali unite alla passione e anche ad un pizzico di intraprendenza. Gli utenti in questi servizi devono sentirsi fortemente presi in carico in una alleanza di aiuto forte e chiara sui punti obiettivo del lavoro. Se la presa in carico è incerta o piena di riserve gli utenti lo sentono e non si affidano, hanno bisogno di sperimentare davvero che il terapeuta ci crede nella possibilità di aiutarli a vedere il problema e provare a cambiare.

E' necessario che chi si senta demotivato, scarico, frustrato, o per motivi personali o professionali, non si senta positivo rispetto a questo tipo di lavoro, non faccia parte di questi gruppi perché ne appesantirebbe lo stile di lavoro. E' quindi importante che le persone sappiano monitorare come stanno e la propria motivazione a questo tipo di lavoro e che scelgano di conseguenza.

Perché è necessario un Assistente Sociale al Centro? Che ruolo deve rivestire, sia in rapporto al Centro, sia in rapporto ai servizi?

Come detto prima, l'assistente sociale è indispensabile per coordinare la rete e per gestire i rapporti con i servizi e con tutti gli operatori coinvolti. Le valutazioni e gli interventi non sono infatti da intendersi fotografie statiche della situazione, ma letture dinamiche che colgano anche la ricaduta familiare sociale relazionale degli interventi che si fanno. Se la persona capisce solo in stanza, questo non ha alcuna ricaduta positiva sulla genitorialità e sulla relazione con i figli che necessitano che alla comprensione seguano comportamenti diversi.

Deve essere chiara la definizione di ruoli fra l'assistente sociale territoriale e quella del servizio e l'utente deve aver chiaro che è il servizio che mantiene la presa in carico globale e incarica il centro specialistico.

Che ruolo ha Crisalide rispetto all'organizzazione dei servizi? Essendo un Centro che si occupa di valutazione e trattamento, come si svolge la condivisione delle finalità e delle metodologie per le altre due fasi, cioè rilevazione e protezione?

Un lavoro volto alla comprensione delle proprie difficoltà e al cambiamento può essere fatto con minori e genitori solo ove il minore sia in tutela pertanto è importante non distinguere in modo settoriale le due fasi, ma mantenere bene in testa la chiarezza di dove si sta operando. Il minore ha bisogno di parlare di cosa gli è successo prima possibile e non dopo che il reato sia stato accertato o che siano decorsi i tempi per il suo ascolto giuridico... questo, lungi dall'essere inquinante e inducente, gli permette di sostenere i percorsi legali che lo vedono coinvolto. Il servizio ha una dimensione tale da dover effettuare una scelta, inoltre, pur con molte lacune, i percorsi di rilevazione, accertamento e protezione sono comunque, pur con disomogeneità sul territorio nazionale, più presenti e strutturati rispetto alla frammentata realtà della valutazione e soprattutto del trattamento. In merito a questo si legga la relazione della commissione sul maltrattamento minorile presentata dal garante Nazionale nel 2015 che individua nella mancanza di interventi di valutazione e trattamento una criticità su quasi tutto il territorio nazionale.

Nel territorio in cui nasce Crisalide è stato fatto un lavoro per la firma di un protocollo di condivisione delle prassi di lavoro per le fasce deboli in cui è già ben rappresentato come servizi, tribunali, procura... debbano raccordarsi e rapportarsi. il Protocollo per Crisalide si inserisce come specificazione di questo...pertanto direi che vi è stato un lavoro a monte che ha permesso di evidenziare quella delle valutazioni e intervento come l'area più debole.

Da un punto di vista psicologico, di cosa parliamo quando abbiamo a che fare con il "funzionamento psicologico post-traumatico"?

Essere maltrattati, abusati o subire violenza dagli adulti di riferimento, per i minori, ha conseguenze fortemente traumatiche poiché mina la fiducia che essi possano soddisfare i propri bisogni, proteggere e nutrire. Studi sui primati dimostrano le conseguenze mentali del maltrattamento e della relazione fra genitori e figli permeata di emozioni negative e incontrollate... e si è visto come questi cuccioli diventati adulti non abbiano a loro volta comportamenti genitoriali sani ed equilibrati. Altrettanto evidente appare quanto per quanto riguarda l'uomo. Sono comportamenti che creano confusione e costringono la mente del bambino a operazioni difensive pervasive e massicce per mantenersi integra, in primis la negazione e la scissione, difese arcaiche che condizioneranno poi la sua vita mentale. In quanto essere dipendente dai genitori, o comunque da una figura di attaccamento, i bambini fanno di tutto per mantenere il legame affettivo e mantengono un legame di estrema lealtà con i propri riferimenti affettivi indipendentemente dal loro comportamento.

Nell'infanzia il bambino non può mettere in dubbio questo legame e si organizza per rimanere in relazioni permeate di maltrattamento violenza o in situazioni di abuso pur di non perdere il genitore. Le conseguenze mentali di questo lo porteranno con molta probabilità a sviluppare problematiche psicopatologiche, sociali e ad essere un genitore altrettanto incompetente dei propri figli.

Cosa oggi non funziona nella lotta al maltrattamento e all'abuso? E, quindi, Crisalide che risposta è in questo senso?

Molte sono le criticità... dall'accertamento spesso inquinato e inefficace a, soprattutto, interventi che sfruttano quanto sappiamo oggi e che sono condotti da professionisti specializzati in questo.

Manca ancora una cultura civile e politica forte e una consapevolezza diffusa che solo intervenendo efficacemente per i minori che vivono queste situazioni si prevenano aree di disagio mentale e sociale future... e soprattutto che i minori hanno diritto a cure psicologiche per riparare i danni del maltrattamento che spesso non sono tanto e solo fisici, ma drammaticamente e soprattutto psicologici. Queste cure sono negate o date a singhiozzo e

bambini che manifestano con sintomi il loro motivato malessere (ritardi, disturbi d'apprendimento, problematiche comportamentali) rimangono per anni in carico ai servizi specialistici di riabilitazione, logopedia, neuropsichiatria senza che si sappia intervenire sulle ragioni del loro malessere e della loro sofferenza e senza che possano avere cura per riparare i danni dei loro traumi.

Quanti e quali sono i livelli di supervisione? Quali obiettivi hanno?

I livelli di supervisione attualmente attivati sono tre: la supervisione diretta delle sedute cliniche attraverso lo specchio unidirezionale... ha la funzione di supportare il terapeuta, aiutarlo a riconoscere le emozioni che entrano in gioco e a conoscere ciò che di sé si attiva durante il lavoro. L'obiettivo è rendere il lavoro maggiormente efficace, ecco.

La supervisione indiretta dei casi è fatta nel gruppo di lavoro in intervizione o con il supervisore e serve per mantenere attenzione e analisi del processo clinico.

La supervisione esterna è di solito fatta da parte di operatori esterni di un altro servizio simile: il nostro servizio si appoggia per questo al Centro Aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia di Roma. Luigi Cancrini e due operatori, una assistente sociale e una terapeuta, svolgono con noi attività di supervisione sui casi, sulle prassi, sui processi clinici.

I tre livelli di supervisione dovrebbero permettere di mantenere una alta qualità degli interventi e scivolare meno possibile negli errori tipici degli interventi sulla tutela minorile....ovvero sposare una visione senza avere chiaro l'insieme e colludere con i vissuti che ruotano intorno a queste situazioni, l'impotenza, la rabbia... la pena, l'onnipotenza eccetera.

Ringraziamenti (parte seconda)

Omettendo chi è già stato ringraziato nella prima tranche di questo articolato percorso universitario, non restano tante persone a cui sono grato. Tuttavia, nell'elaborazione di questa tesi e in tutto il resto che l'ha riguardata, alcuni "grazie" sono sentiti e dovuti.

Uno è per Ivana, senza la quale la scelta di questa magistrale non sarebbe stata immaginabile.

Un "grazie" grande lo devo a Lisa, per la sua disponibilità, per la fiducia che mi ha (gratuitamente) concesso, e per la sua esemplare vocazione politica, nell'esercizio della sua professione e non solo.

Due "grazie" vanno anche a Francesca, per l'aiuto in tesi e per la condivisione delle sue competenze umane e professionali nel tirocinio intrapreso, e all'intera équipe del Centro Crisalide, che mi ha accolto e coinvolto.

Ringrazio anche Daniela, non solo l'intervista, ma anche per l'ammirevole spirito di servizio trasmesso, e per la pluriennale competenza messa in comune.

Inoltre, un ringraziamento lo devo sia a Valeria, per la determinazione e la disponibilità manifestate, sia a Donatella, per la flessibilità e la comprensibilità.

Grazie anche a Giulio e Chiara per i suggerimenti su alcune parti di questo lavoro.